

## FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Clínica Veterinária:

---

Código do convênio:

---

Médico Veterinário(a):

CRMV:

---

Telefone para contato:

Fax:

---

O preenchimento completo dessa ficha, agiliza o andamento do(s) exame(s) e o envio do(s) resultado(s)

Tipo de Material:

---

Nome do Animal:

---

Proprietário:

---

Espécie:

Raça:

---

Sexo:

Nascimento:

---

Suspeita Clínica:

---

Histórico Clínico:

---

---

### POR FAVOR IDENTIFIQUE SUA AMOSTRA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma                     | <input type="checkbox"/> Cultura bacteriológica       |
| <input type="checkbox"/> Contagem de Plaquetas         | <input type="checkbox"/> Cultura Micológica           |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de Hemoparasitas     | <input type="checkbox"/> Cultura de Ouvido            |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de <i>Babesia sp</i> | <input type="checkbox"/> Antibiograma                 |
| <input type="checkbox"/> Urina I                       | <input type="checkbox"/> Coproparasitológico Completo |
| <input type="checkbox"/> Citologia                     | <input type="checkbox"/> Pesquisa de Ectoparasitas    |
| <input type="checkbox"/> Histopatológico               | <input type="checkbox"/> Outros (especificar):        |
| <input type="checkbox"/> Perfil Renal                  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Perfil Hepático               | _____   |
| <input type="checkbox"/> Perfil:                       | _____   |

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico(a) Veterinário(a) Responsável