

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES



Rua La Salle, 290
Vila Nova Botucatu
Botucatu-SP / CEP 18608-240



14-4102-0558
14-99775-2220



www.vetdna.com.br

Laboratório/Clínica		Endereço	
M.V.	CRMV	Telefone	
CPF/CNPJ		e-mail	
Proprietário		CPF/CNPJ	Telefone
Nome do Animal			Raça
Espécie	Sexo	Idade	
Data	Carimbar e Assinar		

ATENÇÃO: ESCREVA NO TUBO/FRASCO O NOME DO PACIENTE E PROPRIETÁRIO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 00-Adenovirus canino T1
<input type="checkbox"/> 01- Adenovirus canino T2
<input type="checkbox"/> 02- <i>Anaplasma</i> sp.
<input type="checkbox"/> 03- <i>Anaplasma platys</i>
<input type="checkbox"/> 04- <i>Babesia</i> sp.
<input type="checkbox"/> 05- <i>Babesia canis</i>
<input type="checkbox"/> 06- <i>Brucella</i> sp.
<input type="checkbox"/> 07- <i>Ehrlichia</i> sp.
<input type="checkbox"/> 08- <i>Ehrlichia canis</i>
<input type="checkbox"/> 09- <i>Hepatozoon</i> sp.
<input type="checkbox"/> 10- <i>Leptospira</i> sp.
<input type="checkbox"/> 11- <i>Mycoplasma</i> sp.
<input type="checkbox"/> 12- Parvovírus canino
<input type="checkbox"/> 13- <i>Salmonella</i> sp.
<input type="checkbox"/> 14- <i>Toxoplasma gondii</i>
<input type="checkbox"/> 15- <i>Trypanosoma</i> sp.
<input type="checkbox"/> 16- <i>Giardia lamblia</i>
<input type="checkbox"/> 17- <i>Cryptosporidium</i> sp.
<input type="checkbox"/> 18- <i>Leishmania</i> sp.
<input type="checkbox"/> 19- Cinomose
<input type="checkbox"/> 20- <i>Mycoplasma haemocanis</i> | <input type="checkbox"/> 21- <i>Neospora caninum</i>
<input type="checkbox"/> 22- <i>Bordetella bronchiseptica</i>
<input type="checkbox"/> 23- <i>Helicobacter pylori</i>
<input type="checkbox"/> 24- <i>Campilobacter jejuni</i>
<input type="checkbox"/> 25- <i>Campilobacter</i> spp.
<input type="checkbox"/> 26- <i>Clostridium perfringens</i>
<input type="checkbox"/> 27- <i>Criptococcus neoformans</i>
<input type="checkbox"/> 28-Candidatus M. haemominutum
<input type="checkbox"/> 29- <i>Chlamydophila felis</i>
<input type="checkbox"/> 30- <i>Cytauxzoon</i> spp.
<input type="checkbox"/> 31-FIV
<input type="checkbox"/> 32-Herpesvirus felino (FHV-1)
<input type="checkbox"/> 33- <i>Mycoplasma haemofelis</i>
<input type="checkbox"/> 34- Felv
<input type="checkbox"/> 35-Coronavirus felino (PIF)
<input type="checkbox"/> 36-Esporoticoze (<i>Sporothrix</i> spp.)
<input type="checkbox"/> 37- <i>Chlamydophila psittaci</i>
<input type="checkbox"/> 38- <i>Eimeria</i> spp. + <i>Isospora</i> spp.
<input type="checkbox"/> 39-Newcastle
<input type="checkbox"/> 40- <i>Pasteurella multocida</i>
<input type="checkbox"/> 41-Circovírus do Bico e das Penas | <input type="checkbox"/> 42- <i>Macrorhabdus ornithogaster</i>
<input type="checkbox"/> 43-Poliomavírus
<input type="checkbox"/> 44-Herpesvirus de Pacheco
<input type="checkbox"/> 45-Bornavírus Aviário (PDD)
<input type="checkbox"/> 46-Herpesvirus canino
<input type="checkbox"/> 47-Coronavirus canino
<input type="checkbox"/> 48- <i>Dirofilaria immitis</i>
<input type="checkbox"/> 49- <i>Rickettsia rickettsii</i>
<input type="checkbox"/> 50-Panleucopenia felina
<input type="checkbox"/> 51-Hespesvirus felino
<input type="checkbox"/> 52-Calicivirus felino
<input type="checkbox"/> 53-Herpesvirus equino -T1
<input type="checkbox"/> 53-Herpesvirus equino -T4
<input type="checkbox"/> NEC-Necropsia de Aves
<input type="checkbox"/> EPF-Parasitológico completo
<input type="checkbox"/> CUF-Cultivo Fúngico
<input type="checkbox"/> CUM-Cultivo Microbiológico
<input type="checkbox"/> ANT-Antibiograma
<input type="checkbox"/> Exames Genéticos
<input type="checkbox"/> 1G- PKD Felino
<input type="checkbox"/> 2G- Collie Eye Anomaly |
|--|--|--|

MATERIAIS ENVIADOS

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue
<input type="checkbox"/> Fezes
<input type="checkbox"/> Urina
<input type="checkbox"/> Soro
<input type="checkbox"/> Líquor | <input type="checkbox"/> Medula óssea
<input type="checkbox"/> Aspirado de Linfonodo
<input type="checkbox"/> Líquido cavitário
<input type="checkbox"/> Líquido Ascítico
<input type="checkbox"/> Tecido | <input type="checkbox"/> Swab de Orofaringe
<input type="checkbox"/> Swab de Ocular
<input type="checkbox"/> Swab de Pele
<input type="checkbox"/> Swab de Cloaca
<input type="checkbox"/> Outros (Especifique) |
|---|---|---|

OBSERVAÇÃO/COCORRÊNCIAS

