

O.S.:

Entrada

____/____/____ : h

Proprietário: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ CPF: _____

Veterinário: _____ CRMV: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ CPF: _____

Animal: _____ Raça: _____

Espécie: _____ Pelagem: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Microchip: _____ Registro: _____

Propriedade/Canil: _____ Cidade: _____

Cobrança: Proprietário Médico Veterinário

Resultado: Impresso E-mail Médico Veterinário E-mail Proprietário Whatsapp: _____

HEMATOLOGIA	PARASITOLÓGICO	CITOLOGIAS
<input type="checkbox"/> Contagem de Reticulócitos <input type="checkbox"/> Hemograma Simples (Eritrograma, PPT e Leucog.) <input type="checkbox"/> Hemograma Completo (+ Pesq. de Hem. e plaq.) <input type="checkbox"/> Pesquisa de Corpúsculo de Lentz <input type="checkbox"/> Pesquisa de Hematozoário <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Coproparasitológico completo (Flutuação + Sedimentação + Direto) () 1 amostra () 3 amostras <input type="checkbox"/> Exame Direto <input type="checkbox"/> Flutuação <input type="checkbox"/> Sedimentação <input type="checkbox"/> Raspado de Pele	<input type="checkbox"/> Citologia Auricular <input type="checkbox"/> Citologia Vaginal <input type="checkbox"/> Espermograma <div style="background-color: #008000; color: white; text-align: center; padding: 2px;">ANÁLISE DE LÍQUIDOS</div> <input type="checkbox"/> Derrames Cavitários Material: _____ <input type="checkbox"/> Líquido Sinovial

BIOQUÍMICOS	HORMÔNIOS	MICROBIOLOGIA
<input type="checkbox"/> A.L.T./T.G.P. <input type="checkbox"/> Fosforo <input type="checkbox"/> A.S.T./T.G.O. <input type="checkbox"/> Gama G.T. <input type="checkbox"/> Albumina <input type="checkbox"/> Glicose <input type="checkbox"/> Bilirrubinas <input type="checkbox"/> Lactato <input type="checkbox"/> Cálcio <input type="checkbox"/> P.T. Sérica <input type="checkbox"/> C.K. <input type="checkbox"/> Triglicérides <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> 1 dos. <input type="checkbox"/> 2 dos. <input type="checkbox"/> 3 dos. <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Progesterona <input type="checkbox"/> T3 Total <input type="checkbox"/> T4 Livre <input type="checkbox"/> T4 Total <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Testosterona	<input type="checkbox"/> Bacterioscopia <input type="checkbox"/> Cultura e Antibiograma (Aeróbios) <input type="checkbox"/> 10 antibióticos <input type="checkbox"/> 20 antibióticos <input type="checkbox"/> Cultura e Antibiograma (Anaeróbios) <input type="checkbox"/> 10 antibióticos <input type="checkbox"/> 20 antibióticos <input type="checkbox"/> Cultura e Antibiograma Combinada (Aeróbios + Anaeróbios) <input type="checkbox"/> 10 antibióticos <input type="checkbox"/> 20 antibióticos <input type="checkbox"/> Cultura para Fungos <input type="checkbox"/> Antifungograma Material: _____ Medicação: _____

PERFIS	URINA
<input type="checkbox"/> Geriátrico (Hemograma, Urinálise, Glicose, A.L.T., Gama G.T., F.A., Creatinina e Uréia) <input type="checkbox"/> Hepático Pet Simples (A.L.T., Fosfatase Alcalina) <input type="checkbox"/> Hepático Pet (A.L.T., Gama G.T., Fosfatase Alcalina) <input type="checkbox"/> Hiperadreno (Cortisol 2 Coletas, ACTH, Colesterol, Triglicérides e Fosfatase Alcalina) <input type="checkbox"/> Pré Cirúrgico (Hemograma Completo, A.L.T., Creatinina) <input type="checkbox"/> Renal (Creatinina, Uréia) <input type="checkbox"/> Tireoidiano (T3, T4, TSH, Colesterol e Triglicérides)	<input type="checkbox"/> Densidade Urinária <input type="checkbox"/> Relação Proteína: Creatinina <input type="checkbox"/> Urinálise <div style="background-color: #008000; color: white; text-align: center; padding: 2px;">MEDICAMENTO</div> <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> _____

OUTROS	
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Carimbo e Assinatura _____ Data de colheita

Visto Recepção

Resultado enviado em:
 ____/____/____; ____:____
 (uso interno)