

DADOS DO PACIENTE

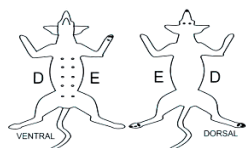
Paciente: _____ Tutor: _____
 Idade: _____ Espécie: _____ Raça: _____ Sexo (F) __ (M)
 Clínica: _____
 Médico Veterinário: _____

CITOLOGIA

CITOLOGIA 1 LOCAL	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA NÓDULO ADICIONAL	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA EM TEMPO REAL	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA DE PELE EM TEMPO REAL	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA OTOLÓGICA	<input type="checkbox"/>
RASPADO / CITOLOGIA ESFOLIATIVA	<input type="checkbox"/>
ANÁLISE DE LÍQUIDO CAVITÁRIO	<input type="checkbox"/>

HISTOPATOLÓGICO

HISTOPATOLÓGICO 1 LOCAL / 1 NÓDULO	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO NÓDULO ADICIONAL	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO COM MARGEM	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO PEÇA CIRÚRGICA	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO CADEIA MAMÁRIA UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO CADEIA MAMÁRIA BILATERAL	<input type="checkbox"/>
HISTOPATOLÓGICO FRAGMENTO DE ENDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>
BIÓPSIA TRANSCIRÚRGICA POR CONGELAÇÃO	<input type="checkbox"/>
FRAGMENTOS DE NECROPSIA - HISTOPATOLÓGICO ATÉ 5 FRAGMENTOS	<input type="checkbox"/>
FRAGMENTOS DE NECROPSIA - HISTOPATOLÓGICO 5 A 10 FRAGMENTOS	<input type="checkbox"/>



LOCAL DA COLETA: _____

SUSPEITA: _____

HISTÓRICO: _____

PERFIL FACILITADOR

VITA 1	<input type="checkbox"/>
VITA GLOBAL	<input type="checkbox"/>
VITA LIPÍDICO	<input type="checkbox"/>
VITA LIPÍDICO SIMPLES	<input type="checkbox"/>
VITA ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/>
VITA COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
VITA INFLAMATÓRIO	<input type="checkbox"/>

EXAMES DE SANGUE

HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/>
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	<input type="checkbox"/>
TESTE DE AGLUTINAÇÃO EM SOLUÇÃO SALINA	<input type="checkbox"/>
TESTE DE COMPATIBILIDADE SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>
PESQUISA DE HEMOPARASITA	<input type="checkbox"/>
TESTE DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>

BIOQUÍMICO

CREATININA	<input type="checkbox"/>
ALT	<input type="checkbox"/>
FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/>
URÉIA	<input type="checkbox"/>
PROTEÍNAS TOTÁIS	<input type="checkbox"/>
ALBUMINA	<input type="checkbox"/>
FRAÇÕES PROTEÍNAS	<input type="checkbox"/>
GAMA GT	<input type="checkbox"/>
CK TOTAL	<input type="checkbox"/>
GLICOSE	<input type="checkbox"/>
FÓSFORO	<input type="checkbox"/>
CÁLCIO TOTAL	<input type="checkbox"/>
CÁLCIO IÔNICO	<input type="checkbox"/>
ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/>
AMILASE	<input type="checkbox"/>
LIPASE	<input type="checkbox"/>
COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>
TRIGLICERIDES	<input type="checkbox"/>
AST	<input type="checkbox"/>
POTÁSSIO	<input type="checkbox"/>
SÓDIO	<input type="checkbox"/>

TESTE RÁPIDO

FIV/FELV	<input type="checkbox"/>
LEISHMANIOSE	<input type="checkbox"/>
ERLIQUIOSE	<input type="checkbox"/>
SNAP IDEXX 4DX	<input type="checkbox"/>
GIARDIA	<input type="checkbox"/>
CINOMOSE	<input type="checkbox"/>
PARVOVIREOSE	<input type="checkbox"/>

URINÁLISES

URINÁLISE	<input type="checkbox"/>
URINÁLISE + CITOLOGIA URINÁRIA	<input type="checkbox"/>
UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA	<input type="checkbox"/>
ANÁLISE DE CÁLCULO URINÁRIO	<input type="checkbox"/>

OUTROS

Assinatura e carimbo: _____ Data: _____