

**LAB&VET DIAGNÓSTICO E CONSULTORIA VETERINÁRIA**

Av. Escola Politécnica, 4445 CEP 05350-000 São Paulo SP
 Tel (11) 3719 2297
 labvet@labvet.com.br
 www.labvet.com.br

PARA USO DO LABORATÓRIO

 Cobrar do Convênio Cobrar no Laboratório

Nome do animal: _____ Espécie: _____ Raça: _____ Sexo: _____
 Nascimento: _____ Proprietário: _____
 Suspeita e Histórico Clínico: _____
 Clínica Veterinária: _____ Código Convênio: _____
 Telefone para contato: _____ FAX: _____ Email: _____
 Médico(a) Veterinário(a): _____ CRMV: _____
 Data: _____ Assinatura: _____ Carimbo: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES

RADIOLOGIA Tórax: Suspeita _____ Cervical partes moles _____ Abdômen: Suspeita _____

CRÂNIO	MEMBRO TORÁCICO	MEMBRO PÉLVICO	COLUNA VERTEBRAL
<input type="checkbox"/> Cavidade Oral	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Cervical
<input type="checkbox"/> Bulas Timpânicas	<input type="checkbox"/> Escapuloumeral	<input type="checkbox"/> Coxal	<input type="checkbox"/> Cervicotorácica
<input type="checkbox"/> ATM	<input type="checkbox"/> Umeroradioulnar	<input type="checkbox"/> Femorotibiopatelar	<input type="checkbox"/> Torácica
<input type="checkbox"/> Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Radiocárpica	<input type="checkbox"/> Tibiotársica	<input type="checkbox"/> Toracolombar
	<input type="checkbox"/> Metacarpos/Falanges	<input type="checkbox"/> Metatarsos/Falanges	<input type="checkbox"/> Lombar
			<input type="checkbox"/> Lombossacra
<input type="checkbox"/> Outros _____			

ULTRASSOM Ultrassom abdominal _____

CARDIOLOGIA Ecocardiograma _____ Eletrocardiograma _____ Pressão Arterial _____ Holter _____

PERFIS

<input type="checkbox"/> Perfil Triagem I	<input type="checkbox"/> Perfil Renal	<input type="checkbox"/> Perfil Bioquímico Aves/ Répteis I
<input type="checkbox"/> Perfil Triagem II	<input type="checkbox"/> Perfil Hepático	<input type="checkbox"/> Perfil Cutâneo
<input type="checkbox"/> Perfil Triagem III	<input type="checkbox"/> Perfil Geriátrico	<input type="checkbox"/> Perfil Pancreático Exócrino/ Coprológico funcional
<input type="checkbox"/> Perfil Hematológico (Hemograma+Pesquisa Hemoparasitas)	<input type="checkbox"/> Perfil Básico	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Perfil Eletrolítico III	

HEMATOLOGIA

<input type="checkbox"/> Hemograma + Contagem de Plaquetas	<input type="checkbox"/> Contagem de Plaquetas	<input type="checkbox"/> Leucograma
<input type="checkbox"/> Pesquisa de Hemoparasitas	<input type="checkbox"/> Reticulócitos	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Hematócrito e Proteína Plasmática	

BIOQUÍMICA	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Proteína Total	URINA
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> Albumina	<input type="checkbox"/> Urinálise
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Relação Proteína/Creatinina urinária
<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Cálculos de vias urinárias
<input type="checkbox"/> FA	<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> Fósforo		
<input type="checkbox"/> GGT			

ENDOCRINOLOGIA	<input type="checkbox"/> ACTH estimulação (2 determinações)	PARASITOLOGIA
<input type="checkbox"/> T3 Total	<input type="checkbox"/> Cortisol supressão (2 determinações)	<input type="checkbox"/> Coproparasitológico completo
<input type="checkbox"/> T4 Total	<input type="checkbox"/> Cortisol supressão (3 determinações)	<input type="checkbox"/> Coproparasitológico seriado: ___ amostra
<input type="checkbox"/> T4 Livre por diálise	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Pesquisa de ectoparasitas
<input type="checkbox"/> TSH		<input type="checkbox"/> Outros _____

ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> Biópsia com margem	<input type="checkbox"/> Necrópsia + histopatológico
<input type="checkbox"/> Citologia	Material: _____	Peso do animal: _____
Material: _____	<input type="checkbox"/> Histopatológico de necrópsia	<input type="checkbox"/> Necrópsia Cosmética
<input type="checkbox"/> Biópsia		<input type="checkbox"/> Outros _____
Material: _____		

MICROBIOLOGIA	<input type="checkbox"/> Cultura de Pele/Ouvido/Olho + Antibiograma (Inclui cultura micológica)	<input type="checkbox"/> Exame direto para dermatófitos
<input type="checkbox"/> Cultura Bacteriana + Antibiograma	<input type="checkbox"/> Cultura para Fungos causadores de Micoses Profundas	<input type="checkbox"/> Outros _____
Material: _____		
<input type="checkbox"/> Cultura Micológica		
Material: _____		

IMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/> Parvovirose	<input type="checkbox"/> FIV/FelV
<input type="checkbox"/> Ehrlichiose (ELISA)	<input type="checkbox"/> Leptospirose	<input type="checkbox"/> PIF
<input type="checkbox"/> ELISA Quádruplo (4DX)	<input type="checkbox"/> Giardia	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose
Cinomose <input type="checkbox"/> Antígeno <input type="checkbox"/> Anticorpo	<input type="checkbox"/> Leishmaniose	<input type="checkbox"/> Outros _____

DERRAMES CAVITÁRIOS	<input type="checkbox"/> Análise de Líquido Pleural	<input type="checkbox"/> Análise de Líquido Sinovial
<input type="checkbox"/> Análise de Líquido Ascítico	<input type="checkbox"/> Análise de Líquor	<input type="checkbox"/> Outros _____

OUTROS
