

SOLICITUD DE ANÁLISIS

DATOS DEL MÉDICO VETERINARIO SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

(al que se enviará el resultado)

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO

CELULAR

(completar sólo si es pedido particular)

CORREO ELECTRÓNICO

(completar sólo si es pedido particular)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESPECIE: _____ RAZA: _____ SEXO: _____

DATOS CLÍNICOS RELEVANTES

¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?

¿CUÁL?

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

ESTUDIO SOLICITADO

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Citología | <input type="checkbox"/> Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> Coproparasitología | <input type="checkbox"/> Coagulograma |
| <input type="checkbox"/> Análisis de Sangre | <input type="checkbox"/> Plasma Rico en Plaquetas | <input type="checkbox"/> Análisis Líquido de Efusión | <input type="checkbox"/> Punción de Médula Ósea |

OTROS - ANÁLISIS INDIVIDUALES

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA | <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS | <input type="checkbox"/> UREA | <input type="checkbox"/> CREATININA |
| <input type="checkbox"/> GOT | <input type="checkbox"/> GPT | <input type="checkbox"/> FAS | <input type="checkbox"/> GGT |
| <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES | <input type="checkbox"/> ALBÚMINA | <input type="checkbox"/> GLOBULINAS | <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> CPK-NAC | <input type="checkbox"/> CPK-MB | <input type="checkbox"/> BT-BD-BI | <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA | <input type="checkbox"/> AMILASA | <input type="checkbox"/> LIPASA | <input type="checkbox"/> CALCIO |
| <input type="checkbox"/> FÓSFORO | <input type="checkbox"/> CORTISOL-CREATININA | <input type="checkbox"/> T4 TOTAL CANINA/FELINA | <input type="checkbox"/> T4 LIBRE CANINA/FELINA |
| <input type="checkbox"/> TSH CANINA | <input type="checkbox"/> CORTISOL CANINA/FELINA | <input type="checkbox"/> COAGULACIÓN (KPTT Y TP) | <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO FELINO |
| <input type="checkbox"/> FENOBARBITAL | <input type="checkbox"/> COLESTEROL | <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL/LDL | <input type="checkbox"/> HEMOPARÁSITOS |
| <input type="checkbox"/> DERMATOFITOS (PELOS) | <input type="checkbox"/> TEST LEISHMANIA SP. | <input type="checkbox"/> TEST EHRlichia/ANAPLASMA | <input type="checkbox"/> TEST PARVOVIRUS |
| <input type="checkbox"/> TEST BRUCELLA CANIS | <input type="checkbox"/> TEST VIF-VILEF | <input type="checkbox"/> TEST DISTEMPER | <input type="checkbox"/> LDH (LACTATO DESHIDROG.) |
| <input type="checkbox"/> TEST DIROFILARIA SP. | <input type="checkbox"/> CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> NEOSPORA SP. | <input type="checkbox"/> TOXOPLASMA SP. |

CITOLOGÍA - DETALLES (COMPLETAR SI CORRESPONDE)

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PAAF | <input type="checkbox"/> Raspado |
| <input type="checkbox"/> Impronta | <input type="checkbox"/> Quirúrgico |

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA LESIÓN (INCLUIR MEDIDAS APROXIMADAS):

