

Data:

____/____/____

Convênio: Sim Não

Uso Interno | OS: _____

Pagamento: DH Chq

Valor: _____

Nome: _____

Espécie: _____ Raça: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Tutor: _____ Clínica: _____

Médico(a) Veterinário(a): _____ CRMV-UF: _____

Histórico / Suspeita Clínica: _____

Material Enviado: Tampa Roxa Tampa Vermelha Tampa Verde Tampa Cinza Coletor Univ. Swab Lâminas Outros: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IMAGEM

Raio-X | Regiões: _____ Projeções: _____ Eletrocardiografia Pressão Arterial

Ultrassom (Jejum mínimo de 8 horas):
 Abdominal Cervical Regiões: _____ Ecocardiografia Holter

ESPECIALIDADES

Especialidade: _____

Histórico / Suspeita Clínica: _____

MICROBIOLOGIA / DERMATOLOGIA

(Sugere-se que não esteja em tratamento com antibióticos ou antifúngicos por 10 dias).

Cultura Bact. + Antibiograma Material / Região: _____

Cultura Fúngica Pesq. Ectoparasitas Citologia de Ouvido / Pele Quant.: _____ Região: _____

ANATOMOPATOLÓGICO

Análise citológica (PAAF/oncótica)

Região: _____

Quant. de nódulos: _____

Análise citológica para ciclo estral

Histopatológico

Análise de líquidos cavitários

Região: _____

Identifique a localização do material coletado nas figuras abaixo, marcando o local exato com um "X":



Dorsal

Ventral



Direito

Esquerdo

TESTES IMUNOLÓGICOS RÁPIDOS E SOROLOGIAS

Seguem abaixo alguns dos testes rápidos e sorologias. Para a listagem completa acesse o QR Code. Anote abaixo o código do exame a ser realizado

Cinomose AG (Teste rápido)

Ehrliquiose canina (Teste rápido)

Giardia AG (Fezes frescas)

Parvovirose AG (Fezes frescas)

Leishmaniose (Teste rápido)

Titulação de Ehrlichia IgG

Vaccicheck (Hepatite, Parvo e cinomose)

Toxoplasmose

Leptospirose (Microaglut)

FIV/FELV

Ehrlichia Ig G Ig M

Babesia Ig G Ig M

4DX (Anaplasma, Diro, Borrelia e Ehrlichia)

PIF (Peritonite Infec Felina)

Teste Alérgico Alimentar e Ambiental (Spot Platinum)

Titulação anticorpos para Raiva (Viagem)

Código: _____ Exame: _____

Código: _____ Exame: _____



PCR (BIOLOGIA MOLECULAR)

Seguem abaixo alguns exames de PCR. Para a listagem e perfis, escaneie o QR Code. Anote abaixo o código do exame a ser realizado

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FIV (Sangue edta) | <input type="checkbox"/> Felv (Sangue edta) | <input type="checkbox"/> PIF (Fezes e/ou liq cavit) | <input type="checkbox"/> Mycoplasma spp (Sangue edta) | <input type="checkbox"/> Leishmaniose (A consultar) | <input type="checkbox"/> Giardia (Fezes) | <input type="checkbox"/> Parvovirose (Swab retal + Sangue edta) |
| <input type="checkbox"/> Ehrlichia spp | <input type="checkbox"/> Quantitativo Qualitativo | <input type="checkbox"/> Babesia spp | <input type="checkbox"/> Quantitativo Qualitativo | <input type="checkbox"/> Anaplasma (Sangue) | <input type="checkbox"/> Cinomose (Sangue edta, Urina, Swab Palp) | <input type="checkbox"/> Leptospirose (Urina) |

Código: _____ Exame: _____

Código: _____ Exame: _____

Código: _____ Exame: _____



HEMATOLOGIA

(Hemograma completo inclui pesq. de hematozoários. Todos exames em Tubo Roxo)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma completo | <input type="checkbox"/> Contagem de reticulócitos | <input type="checkbox"/> Contagem plaquetária |
| <input type="checkbox"/> Hemograma (Exóticos- Tubo Verde) | <input type="checkbox"/> Hematócrito + proteína plasmática | <input type="checkbox"/> Pesquisa de hematozoários |

MONTE SEU COMBO (Novidade!! Exclusividade BadiLab)

Escolha de 2 a 26 exames na lista abaixo. Lembrando que Colesterol, Triglicérides, Glicemia e Frutosamina necessitam de jejum de 12h. Obs.: O Hemograma de animais exóticos (Aves e répteis) não entra no combo. Favor marcá-lo separadamente no setor de HEMATOLOGIA

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> TGP / ALT | <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina | <input type="checkbox"/> TGO / AST | <input type="checkbox"/> GGT |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> Frutosamina | <input type="checkbox"/> Bilirrub Tot + Frac | <input type="checkbox"/> Proteína total | <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Globulina |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> Cálcio Total | <input type="checkbox"/> Fósforo | <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Triglicérides | <input type="checkbox"/> Amilase |
| <input type="checkbox"/> Urina I | <input type="checkbox"/> Cálcio Iônico | <input type="checkbox"/> Potássio | <input type="checkbox"/> Sódio | <input type="checkbox"/> Cloreto | <input type="checkbox"/> Lipase |
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico | <input type="checkbox"/> CK- Creatinoquinase | <input type="checkbox"/> Suspeita Clínica: _____ | | | |

BIOQUIMICA ESPECIAL

- | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SDMA | <input type="checkbox"/> VIT A (Retinol) | <input type="checkbox"/> VIT B9 (FOLATO) | <input type="checkbox"/> VIT B12 (Cianocob.) | <input type="checkbox"/> VIT B9+B12 |
| <input type="checkbox"/> Fenobarbital | <input type="checkbox"/> VIT D (Calcitriol) | <input type="checkbox"/> VIT D3 (25 OH Calcidiol) | <input type="checkbox"/> VIT C (AC ASCORBICO) | <input type="checkbox"/> Bicarbonato |
| <input type="checkbox"/> Ferro | <input type="checkbox"/> Ferretina | <input type="checkbox"/> Transferrina | <input type="checkbox"/> Lactato | <input type="checkbox"/> Magnésio |
| <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares (Jejum) | <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares (Pós alimentar) | | <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares (2 dosagens) | |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina Isoenzimas | <input type="checkbox"/> Lipase Pancreática Espec. quantitativa (PLI) | | <input type="checkbox"/> Tripsinogênio (TLI) | |
| <input type="checkbox"/> Suspeita Clínica: _____ | | | | |

HORMONAIIS

Caso não esteja descrita a metodologia, o exame será realizado pelo método de Quimioluminescência. Sugere-se jejum de 6 horas.

- | | | | | | |
|--|---|------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> T4 Total | <input type="checkbox"/> T4 Livre | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> Cortisol Basal | <input type="checkbox"/> Teste de Supressão por Dexamet. 2 dos. | <input type="checkbox"/> Teste de Supressão por Dexamet. 3 |
| <input type="checkbox"/> T3 Total | <input type="checkbox"/> Cortisol basal e pós estimulação ACTH (2 dosagens) | | | <input type="checkbox"/> Cortisol pós estimulação por ACTH 1 dos. | |
| <input type="checkbox"/> PAINEL TIREOIDIANO (TSH + T4L + T3T + T4T + colest.+ triglic.) | | | | <input type="checkbox"/> PERFIL TIREOIDE (TSH + T4T + T4L + T3T) | |

URINÁLISE

- | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urina I | <input type="checkbox"/> Relação proteína / Creatinina Urinária (PU/CU ou UP/C) | <input type="checkbox"/> Análise de cálculo urinário | <input type="checkbox"/> Análise Cristalográfica de cálculo urinário | <input type="checkbox"/> Urina II (Urina I + Cult + ATB) |
|----------------------------------|---|--|--|--|

COPROLOGIA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parasitológico de fezes | <input type="checkbox"/> Giardia (AG - Fezes frescas) | <input type="checkbox"/> Parvovirose (AG - Fezes frescas) | <input type="checkbox"/> Cult + ATB de fezes |
| Outros: _____ | | | |

