VIDDA
LABORATÓRIO VETERINÁRIO

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Data: ___/___/___ Urgente: (___) Sim

Clínica Veterinária: _____ Fone: _____

Animal [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Espécie:_____Raça:_____Sexo:___Idade:____

Proprietário: [ ]

Suspeita Clínica: _____ Tratamento: _____

Histórico resumido: _____

_____

_____

Preencher abaixo para os exames Histopatológico, Citologia Aspirativa e Cultura:

Região da coleta:_____

Médico Veterinário requisitante: _____ CRMV: _____

Exames solicitados:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____