

Av. Joaquim Lopes de Faria, 730 – Bairro Santo Antônio – Viçosa-MG – CEP: 36576-001

Tel.: (31) 3891-2551 – E-mail: microvet@microvet.com

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CLIENTE** |  |
| Nome:       | CNPJ/CPF:       |
| Endereço para correspondência:       |
| IE/PR:       |
| Cidade:       | UF:     | CEP:       |
| E-mail:       | Telefone:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROPRIEDADE** |  |
| Nome do Proprietário:       | CNPJ/CPF:       |
| Nome da Propriedade:       |
| IE/PR ou equivalente:       |
| Código da propriedade no serviço veterinário oficial:       |
| Georreferenciamento:       |
| Endereço da propriedade:       |
| Cidade:       | UF:      | CEP:       |
| E-mail:       | Telefone:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL** |  |
| Nome:       | CRMV:       |
| Empresa:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       | UF:      | CEP:       |
| E-mail:       | Telefone:       |

|  |
| --- |
| **REMETENTE** |
| [ ] Cliente [ ]  Proprietário [ ] Veterinário responsável [ ] Outro, neste caso, favor preencher o cadastro abaixo. |
| Nome:       | RG:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       | UF:      | CEP:       |
| E-mail:       | Telefone:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXAMES REQUISITADOS** |  |
| [ ] Antibiograma | [ ]  Sorologia | [ ]  PCR:       |
| [ ]  Bacteriologia | [ ]  CCS       | [ ] Outro:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DE ENVIO** |  |  |
| Enviar resultados para: [ ]  Proprietário | [ ]  Veterinário | [ ]  Outro:       |
| Por: [ ]  E-mail | [ ]  Correio | [ ]  Outro:       |
| Cobrança para: [ ]  Empresa | [ ]  Proprietário | [ ]  Veterinário | [ ]  Outro:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS** |  |
| Espécie acometida: BOVINOS | No de animais suscetíveis na propriedade:       |
| Sistema de criação predominante: [ ]  Free stall [ ]  Compost barn [ ]  Tie stall [ ]  Outro:       |
| Informações clínicas:       |
| Histórico do problema:       |
| Uso de Medicamentos/Vacina:       |
| Suspeitas clínicas:       |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
|       |

|  |
| --- |
| **AMOSTRAS DE LEITE DEVEM SER ENVIADAS**Acondicionadas em gelo ou gel congelante |

**IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BRINCO/NOME** | **DEL** | **PRODUÇÃO MÉDIA** | **CMT** | **LACTAÇÃO** | **IDADE OU****FAIXA ETÁRIA** |
| **AE** | **AD** | **PE** | **PD** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |

**Legenda:** DEL: Dias em lactação, CMT=California Mastitis Test, AE=Anterior esquerdo, AD=Anterior direito, PE=Posterior esquerdo, PD=Posterior direito, CCS=contagem de células somáticas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data de Colheita:**      /     /      | **Hora da Colheita:**      :      | **Data de Envio:**      /     /      |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do veterinário responsávelpela colheita - CRMV:       | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Responsável técnico ourepresentante legal da propriedade |