

Propietario o tutor

☐

RUTINA

☐

URGENCIA

FECHA

____ / ____ / ____

Nombre: _____ Apellido: _____

Run: _____ Teléfono: _____

Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Especie: _____ Raza: _____

Sospecha clínica: _____

Responsable de toma de muestra

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Examen

TIPO DE MUESTRA

CONTENEDOR

MICROBIOLOGÍA

* Incluyen cultivo + antibiograma

☐ Cultivo corriente

☐ Flujo vaginal

☐ Espermocultivo

☐ Urocultivo

☐ Coprocultivo

DEPOSICIONES

☐ Parasitológico seriado (PSD)

☐ Leucocitos fecales

☐ Directo de heces

SEROLOGÍA

☐ FeLV

☐ FIV

☐ Distemper

☐ Parvovirus

UROANÁLISIS

☐ Orina Semicuantitativa

☐ Orina completa (inc. sedimento)

MICOLÓGICOS

☐ Directo de hongos

☐ Cultivo de Hongo / dermatofitos

Descarga tu número
único de examen aquí



Observaciones

Procedencia

☐

CLÍNICA

☐

VETERINARIO (A) INDEPENDIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Observaciones

Firma y timbre