|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA****DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS VETERINÁRIAS****LABORATÓRIO DE PATOLOGIA VETERINÁRIA** Areia, PB, BrasilTelefone (83) 3362-1844. Cel. (83) 9 9938-8278E-mail:*lucena.rb@gmail.com/ricardolucena@cca.ufpb.br* |

**Formulário de Solicitação de Exame Citológico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ficha clínica**:  | **Data de envio**:  |
| **Espécie**:  | **Raça**: |
| **Sexo**: | **Idade**: |  |
| **Peso**: |
| **Proprietário**:  |
| **Endereço**:  |
| **Clínico**: Dr.  |
| **Endereço**:  |
| **Tipo de coleta:**  |  |
| **Punção** [ ] | ***Imprint*** [ ] | **Outra** [ ]:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Conservado em geladeira** [ ]**Formol** [ ] | **Conservado em temp. Ambiente** []**Outro** [ ]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Amostra coletada de:** | **Nódulo** [  **] Qual o Orgão?** |
| **Pele com pêlos [ ]****Pele alopécica [ ]****Líquido cavitário [ ]. Qual cavidade:** | **Massa livre em cavidade** [ ]**Outro [ ]:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Secreção [ ]. De qual orifício:** |
| **Histórico Clínico:**  |
| **Tratamento prévio:** | **Sim** [ ] | **Não** [ ] |
| **Caso sim, informe qual o tratamento e tempo desde o último tratamento:** |
| **Lesão recidivante:**  | **Sim** [ ] | **Não** [ ] |
| **Diagnóstico clínico (ou suspeita)**: |
| **Outras informações adicionais ou observações**: |
| **Material enviado também para**:  | **Sim** [ ] | **Não** [ ] |
| **Toxicologia** [ ] | **Bacteriologia** [ ] |
| **Virologia** [ ] | **Parasitologia** [ ] |
| **Micologia**  [ ] | **Microscopia elet.** [ ] **Pat. Clín.** [ ]  |
| **Resultados dos exames acima:** |