

## FORMATO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS - BIOLOGIA MOLECULAR RICKETTSIALES

No. REGISTRO CORPAVET	FECHA:	HISTORIA CLÍNICA		NOMBRE DEL PACIENTE	
ESPECIE	RAZA:	SEXO	EDAD	PESO	
FECHA DE NACIMIENTO	PROPIETARIO		PROCEDENCIA		
REMITENTE		TELEFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO		

Todas las muestras deben ser refrigeradas y remitidas inmediatamente después de la toma o congeladas a -20°C y luego ser remitidas:

SANGRE   
Tubo EDTA

LAMINAS FROTIS SANGUÍNEO

**SIGNOLOGÍA CLÍNICA: Señalar con una X la que presente el paciente**

<b>PACIENTE CANINO</b>	
Anemia <input type="checkbox"/>	Desacarga oculonasal <input type="checkbox"/>
Anorexia <input type="checkbox"/>	Uveitis <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Signos SNC <input type="checkbox"/>
Linfadenomegalia <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso <input type="checkbox"/>
Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>
Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Equimosis en piel y membranas mucosas <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico clínico: _____	

### PRUEBAS DIAGNÓSTICO REALIZADAS

Serología <input type="checkbox"/>	<i>Resultado:</i> POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>
Snap de detección rápida: <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>
Otro: cual _____ <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>

Observaciones adicionales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FORMATO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS - BIOLOGIA MOLECULAR RICKETTSIALES

No. REGISTRO CORPAVET	FECHA:	HISTORIA CLÍNICA		NOMBRE DEL PACIENTE	
ESPECIE	RAZA:	SEXO	EDAD	PESO	
FECHA DE NACIMIENTO	PROPIETARIO		PROCEDENCIA		
REMITENTE		TELEFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO		

Todas las muestras deben ser refrigeradas y remitidas inmediatamente después de la toma o congeladas a -20°C y luego ser remitidas:

SANGRE   
Tubo EDTA

LAMINAS FROTIS SANGUÍNEO

**SIGNOLOGÍA CLÍNICA: Señalar con una X la que presente el paciente**

<b>PACIENTE CANINO</b>	
Anemia <input type="checkbox"/>	Desacarga oculonasal <input type="checkbox"/>
Anorexia <input type="checkbox"/>	Uveitis <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Signos SNC <input type="checkbox"/>
Linfadenomegalia <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso <input type="checkbox"/>
Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>
Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Equimosis en piel y membranas mucosas <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico clínico: _____	

### PRUEBAS DIAGNÓSTICO REALIZADAS

Serología <input type="checkbox"/>	<i>Resultado:</i> POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>
Snap de detección rápida: <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>
Otro: cual _____ <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>

Observaciones adicionales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_