

FECHA:	No. HISTORIA CLÍNICA:	NOMBRE:			
ESPECIE:	RAZA:	EDAD:	HEMBRA ___ MACHO ___	ENTERO ___ CASTRADO ___	PESO:
PROPIETARIO:		C.C:		CIUDAD/DEPARTAMENTO:	
CLÍNICA VETERINARIA:		MÉDICO REMITENTE:			No. C.C/NIT:
TELÉFONO:		E-MAIL:			

ANÁLISIS SOLICITADO:

DISTEMPER <input type="checkbox"/>	BRUCELLA <input type="checkbox"/>	PARVOVIRUS <input type="checkbox"/>	NEOSPORA <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

MUESTRAS REMITIDAS: Todas deben ser congeladas y remitidas inmediatamente después de la toma

Muestra	DISTEMPER	PARVOVIRUS	NEOPSORA	BRUCELLA
Sangre	X			X
Orina	X			
Hisopado Nasal	X			
Materia fecal		X	X	
LCR	X			

SANGRE (TUBO EDTA) <input type="checkbox"/>	HISOPADO NASAL <input type="checkbox"/>	LCR (TUBO SECO) <input type="checkbox"/>
ORINA (TUBO SECO) <input type="checkbox"/>	MATERIA FECAL <input type="checkbox"/>	

Diligenciar de acuerdo con la signología clínica
DISTEMPER

Signos respiratorios Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
Signos digestivos Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
Signos neurológicos Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
Signos dermatológicos Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
 Parásitos externos _____ Parásitos gastrointestinales _____
 Hemoparásitos _____
Fecha de la última vacunación: _____

PARVOVIRUS

Diarrea hemorrágica y mucosa <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Linfopenia <input type="checkbox"/> Neutropenia <input type="checkbox"/> Neutrofilia <input type="checkbox"/>	PRUEBAS DIAGNÓSTICO REALIZADAS: Serología <input type="checkbox"/> POS ___ NEG ___ Snap de detección rápida <input type="checkbox"/> POS ___ NEG ___ Otro: cuál _____
--	--	---	---

Fecha de la última vacunación: _____

NEOSPORA

Diarrea Atrofia muscular Convulsión Poliradiculoneuritis Pares craneales afectados

Brucella canis

Antecedente aborto en último tercio gestacional <input type="checkbox"/> Mortinatos <input type="checkbox"/> Neonatos débiles <input type="checkbox"/> Paciente con discoespondilitis <input type="checkbox"/>	Paciente con orquitis <input type="checkbox"/> Paciente con meningoencefalitis <input type="checkbox"/> Convulsiones de origen infeccioso <input type="checkbox"/>
---	--