

(Campo reservado à LMV)	Data e hora de entrada: ____/____/____ h ____ m	Registo nº: _____
Identificação do cliente requisitante: _____		
Identificação do cliente a faturar (se diferente do cliente requisitante): _____		
Identificação da entidade de colheita: _____		Localização: _____
Responsável pela colheita: _____		
Data da colheita: ____/____/____		Nº de amostras: _____

<b>AMOSTRA 1</b>	Hora da colheita: ____ h ____ m	(Campo reservado à LMV) Registo nº: _____
<b>Tipo de amostra:</b>	Sangue <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Órgãos <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Outra _____	
<b>Nº de animais</b> (se aplicável): _____	<b>Espécie animal:</b> _____	
<b>Animal medicado</b> (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Ponto de colheita</b> (se aplicável):	_____	
<b>Sintomas</b> (se aplicável):	_____	
<b>Descrição da amostra:</b>	_____	
<b>Parâmetros:</b>	A efetuar de acordo com o plano analítico Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pesquisa e identificação bactérias aeróbias. Exame cultural	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de ectoparasitas <input type="checkbox"/>
Pesquisa e identificação bactérias aero-anaeróbias. Exame cultural	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de <i>Prototheca spp.</i> <input type="checkbox"/>
Teste de sensibilidade aos antibióticos	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de <i>Aspergillus spp.</i> <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Salmonella spp.</i> - produção primária	<input type="checkbox"/>	Contagem de <i>Aspergillus spp.</i> <input type="checkbox"/>
Coprologia - Exame Quantitativo	<input type="checkbox"/>	Pesq. anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova Aglut. Ráp. Ag. Rosa de Bengala <input type="checkbox"/>
Necrópsia	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova de Fixação do Complemento <input type="checkbox"/>
Contagem de <i>Clostridium perfringens</i>	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova de ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Escherichia coli</i>	<input type="checkbox"/>	Pesq. anticorpos para o vírus da Leucose Enzoótica Bovina (LEB). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Listeria spp.</i>	<input type="checkbox"/>	Pesq. anticorpos gE para o vírus da doença de <i>Aujesky</i> (VDA). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de hemoparasitas	<input type="checkbox"/>	Pesq. anticorpos <i>Mycobacterium paratuberculosis</i> (Paratuberculose). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de ectoparasitas	<input type="checkbox"/>	Pesq. de anticorpos anti-gE para o vírus BHV-1 de IBR/IPV. ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Cryptosporidium parvum</i>	<input type="checkbox"/>	Pesq. de anticorpos anti-gB para o vírus da IBR por ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Giardia spp.</i>	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de anticorpos anti-p80 para o vírus de BVD/MD/BD. ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Trichomonas spp.</i>	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de antígeno ERNS do vírus da BVD por ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de hemoparasitas	<input type="checkbox"/>	
Outros: _____		

<b>AMOSTRA 2</b>	Hora da colheita: ____h ____m	(Campo reservado à LMV) Registo nº: _____
<b>Tipo de amostra:</b> Sangue <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Órgãos <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Outra _____		
<b>Nº de animais</b> (se aplicável): _____ <b>Espécie animal:</b> _____		
<b>Animal medicado</b> (se aplicável): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<b>Ponto de colheita</b> (se aplicável): _____		
<b>Sintomas</b> (se aplicável): _____		
<b>Descrição da amostra:</b> _____		
<b>Parâmetros:</b> A efetuar de acordo com o plano analítico Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Pesquisa e identificação bactérias aeróbias. Exame cultural <input type="checkbox"/>		Pesquisa de ectoparasitas <input type="checkbox"/>
Pesquisa e identificação bactérias aero-anaeróbias. Exame cultural <input type="checkbox"/>		Pesquisa de <i>Prototheca spp.</i> <input type="checkbox"/>
Teste de sensibilidade aos antibióticos <input type="checkbox"/>		Pesquisa de <i>Aspergillus spp.</i> <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Salmonella spp.</i> - produção primária <input type="checkbox"/>		Contagem de <i>Aspergillus spp.</i> <input type="checkbox"/>
Coprologia - Exame Quantitativo <input type="checkbox"/>		Pesq. anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova Aglut. Ráp. Ag. Rosa de Bengala <input type="checkbox"/>
Necrópsia <input type="checkbox"/>		Pesquisa de anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova de Fixação do Complemento <input type="checkbox"/>
Contagem de <i>Clostridium perfringens</i> <input type="checkbox"/>		Pesquisa de anticorpos anti- <i>Brucella</i> . Prova de ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/>		Pesq. anticorpos para o vírus da Leucose Enzoótica Bovina (LEB). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Listeria spp.</i> <input type="checkbox"/>		Pesq. anticorpos gE para o vírus da doença de <i>Aujeszky</i> (VDA). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de hemoparasitas <input type="checkbox"/>		Pesq. anticorpos <i>Mycobacterium paratuberculosis</i> (Paratuberculose). ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de ectoparasitas <input type="checkbox"/>		Pesq. de anticorpos anti-gE para o vírus BHV-1 de IBR/IPV. ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Cryptosporidium parvum</i> <input type="checkbox"/>		Pesq. de anticorpos anti-gB para o vírus da IBR por ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Giardia spp.</i> <input type="checkbox"/>		Pesquisa de anticorpos anti-p80 para o vírus de BVD/MD/BD. ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de <i>Trichomonas spp.</i> <input type="checkbox"/>		Pesquisa de antígeno ERNS do vírus da BVD por ELISA <input type="checkbox"/>
Pesquisa de hemoparasitas <input type="checkbox"/>		
Outros: _____		

Se o cliente pretender a conservação das amostras e/ou devolução do remanescente das mesmas assinalar, por favor, com X o(s) respetivo(s) campo(s):

Conservação das amostras (24 horas)  Devolução do remanescente das amostras (se aplicável)

Nota: Para conservação das amostras em condições distintas do acima descrito o cliente deverá efetuar o pedido prévio à LMV para análise das condições.

Assinatura do Técnico da LMV: \_\_\_\_\_

Assinatura do Cliente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_