



CENTRO DE DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO ANIMAL
 Rua Esmeralda, 767. Prado. Belo Horizonte – MG.
 CEP: 30411-191
 E- mail: atendimento@cdmalaboratorio.com.br
 Web Site: www.cdmalaboratorio.com.br

Tel: (31) 2555-8323
 Fax:(31) 3278-3838
SUÍNOS
 Nº _____ / _____
 DATA ____ / ____ / ____

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Consulte o Manual de Coletas para verificar volume mínimo para cada exame. Indicar as Suspeitas ou Orientações Clínicas
 Siga as orientações: Usar letra de forma legível.

Preenchimento Obrigatório

INFORMAÇÃO PARA CONTATO-PROPRIETÁRIO/PRODUTOR

*Campos Obrigatórios

*Nome do Proprietário _____
 *Empresa _____
 *E-mail _____
 Endereço _____
 Cidade _____ CEP _____ UF _____
 *Telefone _____ FAX _____

ATENDIMENTO AO VETERINÁRIO

*Veterinário _____
 Clínica/Laboratório _____
 *E-mail _____
 Endereço _____
 Cidade _____ CEP _____ UF _____
 *Telefone _____ FAX _____

DADOS SOBRE ORIGEM DO MATERIAL

Local/Fazenda/Granja _____
 Instalações/Referências _____
 Cidade _____ CEP _____ UF _____

RELATÓRIO DE RESULTADO

* () Website () Correio () Telefone () Fax () Transportadora
 () E-mail
 () Outros _____
 *Enviar para: () Vet/Clin. () Proprietário Outros () _____

FATURAMENTO

*Cobrança para: _____
 *Endereço _____
 Telefone _____ *Pagamento em: _____

DADOS SOBRE O MATERIAL

Preenchimento CDMA
 Data de envio _____ Enviado por: () Pessoalmente () Correio () Transporte () Outros _____
 Qualidade da Amostra/ Espécime: () Adequada () Não Adequada
 Forma de armazenamento durante o Transporte: () Gelo () Formol () Temperatura Ambiente () Congelada () Fixada () Outros _____
 OBS da amostra: _____
 Certifico que o material enviado corresponde ao descrito nesta ficha.

HISTÓRICO E SINAIS CLÍNICOS: _____

SUSPEITA CLÍNICA: _____

DIAGNÓSTICO MOLECULAR * As amostras devem ser enviadas resfriadas

PCR BACTERIANO	AMOSTRA	REAL TIME PCR	TESTE INDIVIDUAL	POOL COM 5 AMOSTRAS	TESTE POSITIVO POOL INDIVIDUAL
__ Actinobacillus pleuropneumoniae	() Swab da tonsila () Tonsila () Pulmão () Exsudatos do nariz e brônquios		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Actinobacillus pleuropneumoniae (Toxinas)	() Swab da tonsila () Tonsila () Pulmão () Exsudatos do nariz e brônquios		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Actinobacillus pleuropneumoniae	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
APP Sorotipagem					
__ Actinobacillus suis	() Swab da tonsila () Tonsila () Pulmão		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Brachyspira hyodysenteriae	() Isolado Bacteriano () Fezes () Fragmento do Intestino		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Brachyspira pilosicoli	() Isolado Bacteriano () Fezes () Fragmento do Intestino		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Bordetella bronchiseptica	() Isolado Bacteriano () Swab nasal		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Brucella sp	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Clostridium perfringens	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
(genes da toxina alfa1, beta e beta 2)					
__ Clostridium difficile	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Erysipelothrix rhusiopathiae	() Lesão da Pele () Fetos () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__ Escherichia coli	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
fatores de virulência (Fímbrias e Toxinas)					



CENTRO DE DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO ANIMAL
 Rua Esmeralda, 767. Prado. Belo Horizonte – MG.
 CEP: 30411-191
 E- mail: atendimento@cdmalaboratorio.com.br
 Web Site: www.cdmalaboratorio.com.br

Tel: (31) 2555-8323
Fax:(31) 3278-3838
SUÍNOS
 Nº _____ / _____
 DATA ____ / ____ / ____

PCR BACTERIANO	AMOSTRA	REAL TIME PCR	TESTE INDIVIDUAL	POOL COM 5 AMOSTRAS	TESTE POSITIVO POOL INDIVIDUAL
__Haemophilus parasuis	() Pulmão () Isolado Bacterinao () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Lawsonia intracellularis	() Necropsia de lesões () fezes () Swab – fecal ou retal () Outros _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Leptospira sp.	() 10 ml de urina () Tecido fetal ou rim () 100 ml de água		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycobacterium tuberculosis	() Fezes – não mais que 10g () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycobacterium avium	() Fezes – não mais que 10g () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycobacterium bovis	() Fezes – não mais que 10g () Lavado () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycoplasma hyopneumoniae	() Swab- nasal, traqueal ou bronqueal () Pulmão () Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycoplasma hyorhinis	() Swab da articulação () líquido articular () Saliva () Lavado () Membrana sinovial () Cultura		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycoplasma hyosynoviae	() Swab da articulação () líquido articular () Membrana sinovial () Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycoplasma synoviae	() Swab da articulação () líquido articular () Membrana sinovial () Cultura		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Mycoplasma sp	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Pasteurella multocida	() Swab Nasal () Isolado Bacteriano () Pulmão		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
Toxigência (Gene A)					
__Salmonella choleraesuis	() Isolado Bacteriano		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Salmonelas entérica	() Fezes – não mais que 10g () Conteúdo Intestinal () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Salmonella sp.	() Fezes () Cultura		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Streptococcus suis	() Isolado Bacteriano () Tecidos _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Outros _____	() _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Outros _____	() _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()

PCR VIRAL

__Circovírus Tipo 2	() Sêmen () Soro () Sangue () Fezes () Fluido Oral/Saliva		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Vírus Encefalomiocardite EMC	() Vírus Isolado () Tecido _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Vírus da Influenza Grupo A	() Swab () Vírus Isolado		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Citomegalovírus Suíno - pCMV	() Conchas Nasais () Swab Nasal		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Parvovírus Suíno - PPV	() Fluido Torácico fetal ou Conteúdo Intestinal () Tecido _____		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Rotavírus tipo A/C	() Fezes		() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Outros _____			() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()
__Outros _____			() Individual	() Grupos __1__2__3__4__5	()

SEQUENCIAMENTO

__Agente _____



CENTRO DE DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO ANIMAL
Rua Esmeralda, 767. Prado. Belo Horizonte – MG.
CEP: 30411-191
E- mail: atendimento@cdmalaboratorio.com.br
Web Site: www.cdmalaboratorio.com.br

Tel: (31) 2555-8323
Fax:(31) 3278-3838
SUÍNOS
Nº _____ / _____
DATA ____ / ____ / ____

IMUNOISTOQUÍMICA

__ SIV (H1N1 e H3N2) cepas
__ PCV2
__ Outros _____

() Do Tecido(s) em 10% vezes o volume da amostra em formalina () Tecido Embebido em Parafina
() Do Tecido(s) em 10% vezes o volume da amostra em formalina () Tecido Embebido em Parafina
() _____

Assinatura do Recepcionista _____

SAÚDE SUÍNA- IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL

Finalidade do Teste

() Comercialização de Animais () Teste de Diagnóstico () Monitoramento () Exposição () Outros _____

Número de Amostras _____ Pool (5 Amostras) () Sim () Não

Comentários

Assinatura _____

AMOSTRAS	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GENÉTICA	AMOSTRAS	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GENÉTICA
1-				15-			
2-				16-			
3-				17-			
4-				18-			
5-				19-			
6-				20-			
7				21-			
8-				22-			
9				23-			
10-				24-			
11-				25-			
12-				26-			
13-				27-			
14-				28-			