

## SOLICITUD URIANÁLISIS

CLIENTE	
Nombre comercial clínica/ Empresa:	
Persona de contacto:	
Teléfono:	E-mail:
DATOS DE FACTURACIÓN	
Razón social de la empresa/institución:	CIF:
Nombre y apellidos:	
Dirección fiscal:	

PACIENTE			
Nombre:	Identificación /propietario:		
Especie:	Raza:	Edad:	Sexo:
Historia clínica:			

MUESTRA*			
Obtención:	<input type="checkbox"/> Micción espontánea	<input type="checkbox"/> Sondaje	<input type="checkbox"/> Cistocentesis
Fecha de recogida:	Fecha de envío:	<input type="checkbox"/> Conservantes:	
Número de muestras:			
Condiciones de la muestra: <input type="checkbox"/> Refrigeradas <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente <input type="checkbox"/> Otros			

CÓDIGO SHCV	PRUEBAS SOLICITADAS	Nº MUESTRAS
SHCV-26	<input type="checkbox"/> Análisis de orina	
SHCV-27	<input type="checkbox"/> Análisis del sedimento urinario	

OBSERVACIONES (A rellenar por el laboratorio)

El remitente autoriza al SHCV a utilizar las muestras remitidas para estudios prospectivos o retrospectivos.

Fecha

Firma del responsable

\*El servicio se reserva el derecho de eliminar las preparaciones examinadas una vez realizado el informe, a no ser que el veterinario indique de forma explícita su intención de que se conserven.