

SOLICITUD COAGULACIÓN

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*	
Tipo de muestra:	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Plasma
Anticoagulante:	<input type="checkbox"/> Citrato
Fecha de extracción:	Fecha de envío:
Número de muestras:	
Condiciones de la muestra:	<input type="checkbox"/> Refrigeradas <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente <input type="checkbox"/> Otros

CÓDIGOS	PRUEBAS SOLICITADAS	N.º MUESTRAS
SHCV-16	<input type="checkbox"/> Perfil de coagulación (PT, PTTa y Fibrinógeno)	
SHCV-17	<input type="checkbox"/> Tiempo de protrombina (PT) Y Tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTa)	
SHCV-18	<input type="checkbox"/> Tiempo de protrombina (PT)	
SHCV-19	<input type="checkbox"/> Tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTa)	
SHCV-20	<input type="checkbox"/> Fibrinógeno coagulometría	
SHCV-21	<input type="checkbox"/> Fibrinógeno manual	
SHCV-43	<input type="checkbox"/> Tromboelastografía	

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.