

**Servei d'Hematologia Clínica Veterinària (SHCV)**

Facultat de Veterinària  
Travessera dels Turons s/n  
Universitat Autònoma de Barcelona  
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)  
Tel. 935 812 066  
[shcv@uab.cat](mailto:shcv@uab.cat)



Ref. SHCV

**SOLICITUD DE INMUNOFENOTIPAJE POR CITOMETRIA DE FLUJO**

CLIENTE	
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:
Breve historia clínica:			

MUESTRA*	
<input type="checkbox"/> Sangre EDTA	<input type="checkbox"/> Punción de órgano (indicar origen):
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Líquido corporal (indicar origen):
Fecha de extracción:	Fecha de envío:
Se adjunta citología: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

ANÁLISIS SOLICITADO
<input type="checkbox"/> Inmunofenotipaje por citometría de flujo

OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> Aceptación <input type="checkbox"/> Rechazo:
Persona responsable:

El remitente autoriza al SHCV a la utilización de las muestras para estudios prospectivos o retrospectivos.

Firma del responsable

Fecha