

## SOLICITUD DE HEMATOLOGÍA

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"/> Frotis
Anticoagulante:	<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Citrato <input type="checkbox"/> Otros
Fecha de extracción:	Fecha de envío:
Número de muestras:	

CÓDIGO	PRUEBAS SOLICITADAS	CANTIDAD
SHCV-01	<input type="checkbox"/> Hemograma completo y estudio del frotis sanguíneo (mamíferos)	
SHCV-02	<input type="checkbox"/> Hemograma simple sin estudio del frotis sanguíneo (mamíferos)	
SHCV-03	<input type="checkbox"/> Estudio del frotis sanguíneo-mamíferos	
SHCV-04	<input type="checkbox"/> Hemograma completo y fibrinógeno manual	
SHCV-09	<input type="checkbox"/> Hemograma completo de peces, aves y reptiles (Sysmex XN)	
SHCV-10	<input type="checkbox"/> Hemograma completo de peces, aves y reptiles sin estudio frotis sanguíneo (Sysmex XN)	
SHCV-22	<input type="checkbox"/> Prueba de compatibilidad sanguínea (Cross Matching)	
SHCV-33	<input type="checkbox"/> Hemograma + Estudio médula ósea	
SHCV-34	<input type="checkbox"/> Estudio médula ósea + biopsia	

OBSERVACIONES

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.