

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ REF: \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ C.N.P.J./ou C.P.F.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

*Paciente:* \_\_\_\_\_ *Espécie:* \_\_\_\_\_ *Raça:* \_\_\_\_\_*Sexo:* F ( ) M ( ) *Idade:* \_\_\_\_\_ *Proprietário:* \_\_\_\_\_ *Quantidade de amostras:* \_\_\_\_\_*Médico Veterinário:* \_\_\_\_\_*OBS:* \_\_\_\_\_

EXAME	RESULTADO	EXAME	RESULTADO	EXAME	RESULTADO
<input type="checkbox"/> ACTH	_____	<input type="checkbox"/> FSH	_____	<input type="checkbox"/> PTH	_____
<input type="checkbox"/> Aldosterona	_____	<input type="checkbox"/> IGF-1	_____	<input type="checkbox"/> T <sub>3</sub> total	_____
<input type="checkbox"/> Androstenediona	_____	<input type="checkbox"/> Insulina	_____	<input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> livre por diálise	_____
<input type="checkbox"/> Cortisol basal	_____	<input type="checkbox"/> LH	_____	<input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> total	_____
<input type="checkbox"/> Cortisol 4h pós dexametasona	_____	<input type="checkbox"/> PMSG	_____	<input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> total (___) h pós levotiroxina	_____
<input type="checkbox"/> Cortisol 8h pós dexametasona	_____	<input type="checkbox"/> Progesterona	_____	<input type="checkbox"/> Testosterona	_____
<input type="checkbox"/> Cortisol pós ACTH	_____	<input type="checkbox"/> 17-OH Progesterona	_____	<input type="checkbox"/> TgAA	_____
<input type="checkbox"/> Estrógenos Totais	_____	<input type="checkbox"/> 17-OH Progesterona pós ACTH	_____	<input type="checkbox"/> TSH	_____
<input type="checkbox"/> Fenobarbital	_____				
<input type="checkbox"/> Outros (Favor CIRCULAR o exame bioquímico a ser realizado no Laboratório do JCB): ALT - AST - F. Alcalina - Colesterol - Triglicerídeos - Lipidograma - Glicose					

Av. Borges de Medeiros 2225 – Jockey Club Brasileiro/ HOD  
Lagoa - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 22470-002  
Tel: (21)2512-3326 / (21)2540-6940  
WhatsApp: (21) 98268-3704  
bet@betlabs.com.br

University of Kentucky Coldstream Research Campus  
1501 Bull Lea Road - Suite 102 - Lexington - KY - USA - 40511  
Phone: (859)273-3036 / Fax:(859)273-0178  
betlabs@aol.com

**Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário**

Forma de pagamento: \_\_\_\_\_

Resultados estarão disponíveis no site: [www.betlabs.com.br](http://www.betlabs.com.br)