



**VETPAT**  
www.vetpat.com

### UNIDADE I

Rua Coronel Manuel Moraes, 146, Jd. Brasil  
CEP: 13073-022 - Campinas/SP  
Fone: 19- 40629232  
contato@vetpat.com

### UNIDADE II

Rua Rubião Jr., 1654, Parque Industrial  
CEP: 15025-080 - São José do Rio Preto/SP  
Fone: 17-3304-2305  
contatorp@vetpat.com



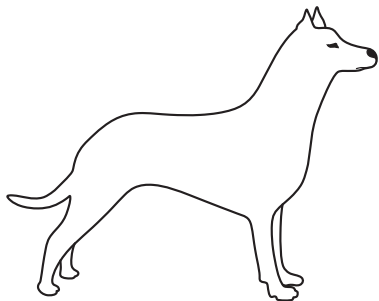
Laboratório / Clínicas:	Fone / Fax:
Endereço:	Cidade:
Médico Veterinário Responsável:	CRMV:

Nome / número do animal:			
Proprietário:			
Espécie:	Raça:	Cor:	Peso:
Sexo:	Idade:	Data:	

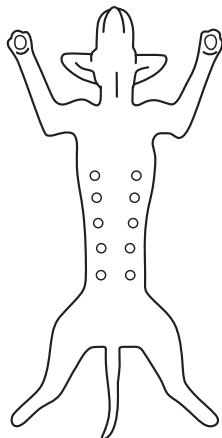
## FICHA PARA ENCAMINHAMENTO DE BIÓPSIA DE PELE

Queixa principal:
Possui animal contactante com lesão semelhante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Ulceração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Hemorragia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Alopecia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Exsudação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Apresenta prurido (coceira) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Qual a nota para a coceira de 1 a 10 (      )
Faz uso de alguma medicação Tópica/Sistêmica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Qual?
O animal apresenta pulgas/Carrapatos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      Pele seborreica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Qual o tipo de alimentação? <input type="checkbox"/> Ração <input type="checkbox"/> Alimentação caseira <input type="checkbox"/> Ambos
O animal Fica exposto ao sol? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

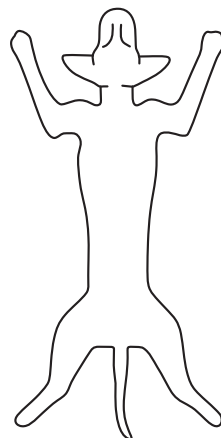
# TOPOGRAFIA E DESCRIÇÃO DAS LESÕES



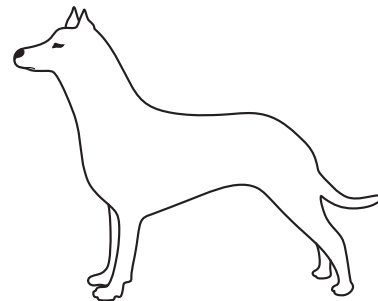
Lado Direito



Vista Ventral



Vista Dorsal



Lado Esquerdo

## Biopsia

- 1) Localização e aspecto da amostra: \_\_\_\_\_
- 2) Localização e aspecto da amostra: \_\_\_\_\_
- 3) Localização e aspecto da amostra: \_\_\_\_\_

PARA USO DO LABORATÓRIO:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Veterinário