|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO CLIENTE (para constar no relatório de ensaio)** | | | | **N° do Orçamento aprovado:** | | | | | | | | | | | | | **Nº O.S.:**  (Uso do laboratório) | | | | | | | | |
| Nome (Razão Social): | | | | | | | | | | CNPJ/CPF: | | | | | | | | | | | | IE: | | | |
| Rua: | | | | | Nº: | | Bairro: | | | | | CEP: | | | | | | | Cidade: | | | | | | UF: |
| E-mail para envio do resultado: | | | | | | Telefone/WhatsApp: | | | | | | | | Nome do Solicitante: | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DE FATURA (para constar na Nota Fiscal)** | | | | | | | | | | Mesmos dados do Cliente  Bônus Metrologia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome (Razão Social): | | | | | | | | | | CNPJ/CPF: | | | | | | | | | | | | IE: | | | |
| Rua: | | | | | Nº: | | Bairro: | | | | | CEP: | | | | | | | Cidade: | | | | | | UF: |
| E-mail para envio da Nota fiscal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DA AMOSTRA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo da Amostra:  Soro  Órgãos  Aves Vivas  Aves Mortas  Ovos Bicados  Swab  Placa Exposta  Fezes  Outros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° Protocolo**  (Uso do laboratório): | **Identificação da amostra** (Informar os dados que devem ser apresentados no relatório de ensaio) | | **Produtor/Granja** | | | | | | **Aviário**  **/Galpão** | | **Tipo de Exploração** | | **Linhagem** | | | | | **Lote** | | | **Idade**  **( ) dias**  **( ) semanas** | | **Sexo** | **Data da Coleta** | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  |  | |
| **Programa de vacinação:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Histórico de diagnóstico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsável pela coleta** (preenchimento obrigatório\*) - Nome completo\*: | | | | | | | | | | | | | | | | CPF\*: | | | | | | | | | |  |
| **ENSAIOS SOLICITADOS PARA CADA AMOSTRA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MICROBIOLOGIA**  Diagnóstico de Salmonelas aviárias  Detecção de *Salmonella* spp.  Se resultado positivo de *Salmonella* spp., tipificar:  SIM:  NÃO:  Concentração inibitória mínima (MIC)  Isolamento microbiológica de aeróbios  Isolamento microbiológica de anaeróbios (*Clostridium*)  Se microrganismos detectados no isolamento, fazer antibiograma:  SIM:  NÃO:  Micológico de pulmão | | **MICROBIOLOGIA**  **Contagem**  *Aspergillus fumigatus*  Bolores e leveduras  *Enterobacteriaceae*  *Escherichia coli*  Microrganismos mesófilos aeróbios  **BIOLOGIA MOLECULAR**  Detecção de *Salmonella* spp.  Tipificação de *Salmonella* spp. - Check & Trace  Detecção do vírus da bronquite  Identificação Massachusetts/BR  Identificação completa para bronquite (Mass, BR e GI-23) | | | | | | **SOROLOGIA – ELISA**  Anemia infeciosa (CAV)  Bronquite Infecciosa (BI/IBV)  Doença de Gumboro (IBD)  Doença de Newcastle (DNC/DNV)  Encefalomielite (AE)  *M. gallisepticum* (MG)  *M. synoviae* (MS)  Pneumovírus (ART/APV)  Reovirus (REO)  **PATOLOGIA**  Necropsia | | | | | | | Idexx  Biochek  Idexx  Biochek  Idexx  Biochek  Idexx  Biochek  Idexx  Idexx  Biochek  Idexx  Biochek  Idexx  Biochek  Idexx  Biochek | | | | | **SOROLOGIA – SAR**  *Mycoplasma gallisepticum* (MG)  *Mycoplasma synovie* (MS)  *Salmonella* Pullorum/Gallinarum  Se resultados positivos de SAR, confirmar:  SIM:  NÃO:  **PARASITOLOGIA**  Detecção de oocisto raspado  Oocistograma – OOPG (Contagem/Identificação)  Pesquisa de ácaros  **SERVIÇO**  Coleta de material | | | | | |
| **Outros ensaios e/ou Especificações:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |