

EXAME DE TITULAÇÃO DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES PARA RAIVA RABIES ANTIBODY TITER FOR EXPORT ANIMALS

Instruções de preenchimento: Favor digitar as informações solicitadas nos espaços correspondentes. Não serão aceitas requisições preenchidas manualmente. Após o preenchimento, imprimir, assinar, carimbar e enviar juntamente com a amostra.

Cliente TECSA/Submitting Clinic/Lab:

Cód Convênio/Customer Code:

Médico Veterinário/Veterinarian Name:

CRMV/UF:

Veterinarian E-mail:

Veterinarian Phone:

Espécie / Specie:

Sexo / Gender:

☐ Canino/Dog ☐ Felino/Cat ☐ Furão/Ferret

☐ Macho/Male ☐ Fêmea/Female

Data Nascimento/Birth Date:
(dd/mm/yyyy)

Nome do animal/Animal name:

Raça/Breed:

Microchip Number:

Tutor/Owner Name:

E-mail do Tutor/Owner E-mail:

Telefone do Tutor/Owner phone:

Data de coleta do sangue/Serum Draw Date: (dd/mm/yyyy)

Histórico da vacinação anti-rábica/Rabbies Vaccination History

Data da última vacinação/Last Vaccination date: (dd/mm/yyyy)

Data da penúltima vacinação*/Penultimate Vaccination date*: (dd/mm/yyyy)

*Apenas para Japão
Only for Japan

Nome da vacina/Vaccine name:

Lote da Vacina/Vaccine Batch:

Rabies Serology Report
Kansas State Rabies Laboratory

Veterinário responsável pela solicitação
Requesting Veterinarian
(Assinatura, carimbo e CRMV)
(Signature and Stamp)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas, estando ciente de que nenhuma informação poderá ser alterada após entrada no laboratório. A assinatura afirma que o número do microchip foi conferido e confirmado pelo Médico Veterinário solicitante