

No. REGISTRO:

FECHA:	No. HISTORIA CLÍNICA	NOMBRE PACIENTE:		
ESPECIE:	RAZA:	EDAD:	ENTERO__ CASTRADO__	PESO:
PROPIETARIO:	C.C:		CIUDAD/DEPARTAMENTO:	
CLÍNICA VETERINARIA:	MÉDICO REMITENTE:			No. C.C/NIT:
TELÉFONO:	E-MAIL:			

CADÁVER COMPLETO MUESTRAS PROVENIENTES DE NECROPSIA

FECHA DE MUERTE: _____ EUTANASIA: SÍ__ NO: __ ¿CUÁL? _____

SIGNOS E HISTORIA:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____
ESTA INFORMACIÓN SOLO DEBE SER SUMINISTRADA EN EL CASO DE TEJIDOS PROVENIENTES DE
NECROPSIA

NECROPSIA:

1. APARIENCIA EXTERNA:

2. SISTEMA DIGESTIVO, HÍGADO, BAZO, PÁNCREAS, TGI:

Código	F - 64
Versión	01
Fecha de emisión:	6/06/2020
Página	Página 2 de 2

3. SISTEMA URINARIO:

4. SISTEMA REPRODUCTIVO:

5. SISTEMA CARDIOVASCULAR:

6. SISTEMA RESPIRATORIO:

7. SISTEMA NERVIOSO:

8. SISTEMA MUSCULAR Y ÓSEO:

9. ÓRGANOS LINFOIDES:

10. OTROS:

OTROS ANÁLISIS:

TIPO DE ANÁLISIS	MUESTRAS
MICROBIOLOGÍA	
PARASITOLOGÍA	
TOXICOLOGÍA	
PATOLOGÍA CLÍNICA	
OTROS	