

CENTRO _____	LOCALIDAD _____
FACULTATIVO/A _____	TELF _____
DISTRIBUIDOR COMERCIAL _____	



NOMBRE ANIMAL _____	ESPECIE _____
RAZA _____	FECHA NACIMIENTO ____/____/____
SEXO <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	FECHA Y HORA DE EXTRACCIÓN ____/____/____ : ____
NOMBRE DEL PROPIETARIO/A _____	
TIPO DE MUESTRA _____	ANTICOAGULANTE _____

Nº REFERENCIA (a rellenar por INDILAB)

HOJA DE PETICIÓN DE ALERGIAS

OBSERVACIONES E IDENTIFICACIÓN (BOLO, CHIP O CROTAL):

DATOS CLÍNICOS:

1. Síntomas. Modo de inicio, duración y progresión de los mismos
2. ¿Existe prurito?. Localización e intensidad
3. Tipo de lesión y localización
4. ¿Se ha realizado algún tratamiento previo?. En caso afirmativo, indicar duración, dosis y respuesta a los mismos
5. ¿Ha recibido tratamiento con corticoides en el último mes?
6. ¿Vive en el campo o en la ciudad?. ¿Ha habido algún cambio de alojamiento?
7. Tipo de alimentación. ¿Ha realizado algún tipo o cambio de dieta?

PETICIÓN DE PRUEBAS

Pruebas en pequeños animales		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico previo de alérgenos ambientales + alimentarios	<input type="checkbox"/> Panel independiente para pulga	<input type="checkbox"/> Panel independiente para Staphylococo
<input type="checkbox"/> Panel independiente para Malassezia	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos ambientales
<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios y ambientales	<input type="checkbox"/> Panel directo para sarna sarcóptica	

Pruebas en caballos		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico previo de alérgenos ambientales + alimentarios + insectos	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos ambientales
<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos de insectos	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios + insectos	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos ambientales + insectos
<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios y ambientales	<input type="checkbox"/> Panel directo para alérgenos alimentarios + insectos + ambientales	

Tratamientos de hiposensibilización		
<input type="checkbox"/> Tratamiento de iniciación en pequeños animales	<input type="checkbox"/> Tratamiento de continuación en pequeños animales	<input type="checkbox"/> Tratamiento de iniciación en caballos
<input type="checkbox"/> Tratamiento de iniciación en caballos (solo culicoides)	<input type="checkbox"/> Tratamiento de continuación en caballos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de continuación en caballos (solo culicoides)
<input type="checkbox"/> Escribir el tipo de tratamiento que se desee (formato polimerizado, formato liofilizado, formato DEPOT o formato spray sublingual: _____)		

FIRMA Y SELLO