

REQUISIÇÃO PARA DOSAGEM HORMONAL

Clínica: _____ Data: _____ Ref: _____
 Veterinário: _____ C.N.P.J. / ou C.P.F _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Favor marcar um "X" no __correspondente ao(s) exame(s) desejado(s).

	EXAME	RESULTADO	EXAME	RESULTADO
1. PACIENTE: _____	<input type="checkbox"/> Progesterona	_____	<input type="checkbox"/> TSH	_____
Espécie: _____	<input type="checkbox"/> Estrógenos Totais	_____	<input type="checkbox"/> Insulina	_____
Raça: _____	<input type="checkbox"/> Testosterona	_____	<input type="checkbox"/> LH	_____
Idade: _____	<input type="checkbox"/> T ₃ Total	_____	<input type="checkbox"/> FSH	_____
Sexo: F () M ()	<input type="checkbox"/> T ₄ Total	_____	<input type="checkbox"/> Cortisol	_____
Proprietário: _____	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre	_____	<input type="checkbox"/> ACTH	_____
	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre (diálise)	_____		

OBS: _____

	EXAME	RESULTADO	EXAME	RESULTADO
2. PACIENTE: _____	<input type="checkbox"/> Progesterona	_____	<input type="checkbox"/> TSH	_____
Espécie: _____	<input type="checkbox"/> Estrógenos Totais	_____	<input type="checkbox"/> Insulina	_____
Raça: _____	<input type="checkbox"/> Testosterona	_____	<input type="checkbox"/> LH	_____
Idade: _____	<input type="checkbox"/> T ₃ Total	_____	<input type="checkbox"/> FSH	_____
Sexo: F () M ()	<input type="checkbox"/> T ₄ Total	_____	<input type="checkbox"/> Cortisol	_____
Proprietário: _____	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre	_____	<input type="checkbox"/> ACTH	_____
	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre (diálise)	_____		

OBS: _____

	EXAME	RESULTADO	EXAME	RESULTADO
3. PACIENTE: _____	<input type="checkbox"/> Progesterona	_____	<input type="checkbox"/> TSH	_____
Espécie: _____	<input type="checkbox"/> Estrógenos Totais	_____	<input type="checkbox"/> Insulina	_____
Raça: _____	<input type="checkbox"/> Testosterona	_____	<input type="checkbox"/> LH	_____
Idade: _____	<input type="checkbox"/> T ₃ Total	_____	<input type="checkbox"/> FSH	_____
Sexo: F () M ()	<input type="checkbox"/> T ₄ Total	_____	<input type="checkbox"/> Cortisol	_____
Proprietário: _____	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre	_____	<input type="checkbox"/> ACTH	_____
	<input type="checkbox"/> T ₄ Livre (diálise)	_____		

OBS: _____

VALORES HORMONAIIS NORMAIS (B.E.T. Laboratories)

ESPECIE	HORMONIO																	
	Estrógenos Totais pg/ml	Progesterona ng/ml	Testosterona pg/ml	T ₃ Total ng/ml	T ₄ Total ng/ml	T ₄ Livre ng/dl	TSH ng/ml	Cortisol ng/ml	Cortisol pós ACTH ng/ml	Insulina _UI/ml	LH ng/ml	FSH ng/ml	ACTH pg/ml					
CANINA	-Proestro	>15	-Anestro, Proestro, F. castrada	<1,0	-Macho	1.000-7.000	1,0-2,0	15-30	0,8-2,0	-Normal	0,05-0,5	5-60	60-170	5-25	0,5-15	0,5-15	10-45	
	-Final do proestro	>50	-Ovulação	4-10	-Fêmea	1.000-7.000	1,0-2,0	15-30	0,8-2,0	-Limite	0,5-0,68	5-60	60-170	5-25	0,5-15	0,5-15	10-45	
	-Estro	15-50	-Estro	0-20														
	-Gestação	<50	-Diestro, Gestação	10-50														
	-Fêmea castrada	<50	-Macho	<0,4														
FELINA	-Fêmea	40-90	-Anestro, Estro, -Diestro, Gestação	<1,0	-Macho	1.000-6.000	0,3-0,9	15-30	1,5-4,0	-Normal	0,05-0,5	10-30	50-100	2-10				
				<50	-Fêmea	1.000-6.000	0,3-0,9	15-30	1,5-4,0	-Limite	0,5-0,68	10-30	50-100	2-10				