

**FACULTAD DE VETERINARIA
SERVICIO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

PAGADO: **SI** **NO**

CASO CLÍNICO:

Especie: **Raza:**

PROPIETARIO:

VETERINARIO:

Dirección:

Teléfono:

DATOS CLÍNICOS:

.....

MUESTRAS REMITIDAS:

.....

.....
.....
.....

ANTIBIOGRAMA: SI NO

**RESULTADOS:
BACTERIOSCOPIA.....**

.....
CULTIVO.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTIBIOGRAMA

SENSIBLE INTERMEDIO RESISTENTE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OTROS

.....
.....
.....