PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES – PL3

GERÊNCIA:_____ MUNICÍPIO:_____

LOCALIDADE (CATEGORIA)	Nº DA CASA COM CÃO TRABALHADA	NOME (OU APELIDO) DO PROPRIETÁRIO DO CÃO	NOME DO CÃO	CÓDIGO DA AMOSTRA NO CAMPO	CÓDIGO DA AMOSTRA NO LABORATÓRIO	RESULTADO DOS EXAMES		OBSERVAÇÕES
						TESTE RÁPIDO	TESTE ELISA	

EXAMES REALIZADOS (MÉTODO):_____

DATA DE ENTREGA:_____/_____/_____ DATA DA REALIZAÇÃO DOS TESTES _____/_____/_____

ASSINATURA DO LABORATÓRIO OU RESPONSÁVEL:_____