



**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS AMOSTRAS DE
TESTE RÁPIDO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA
FAATRLVC**

Data: 01/01/2019
Código: FAATRLVC
Revisão: 00
Página: 1 de 1

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE PARTICIPANTE (NÃO ABREVIAR):

MUNICÍPIO:

FICHA DE REMESSA Nº _____

PERÍODO DA COLETA : ____/____/____ a ____/____/____

TAXA DE POSITIVIDADE DO TRDPP: _____

TOTAL DE CÃES ANALISADOS NO PERÍODO: _____

COMO FOI FEITA A ESCOLHA DAS AMOSTRAS NÃO REAGENTES PARA O PAQ-LVC

DE ACORDO COM O DIA DO MÊS ()

COLETA TARDIA ()

OUTROS ()

DADOS DA AMOSTRA

Nº DE ORDEM	IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (NOME DO ANIMAL)	RESULTADO DO TR DPP NO MUNICÍPIO (*)	RESULTADO DO TR DPP NO LACEN
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

(*) Preenchimento Obrigatório. O não preenchimento acarretará a não realização do Controle de Qualidade.

Assinatura do Responsável

____/____/____
Data

