



FICHA EXAME CLÍNICO - CLÍNICA MÉDICA DE RUMINANTES:

Identificação:

Propriedade:	Proprietário:	Data:
		Contato:
Paciente:	Raça:	Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Prenhe <input type="checkbox"/> Vazia DIM: _____	

Queixa:

História Clínica (Anamnese):

Exame Clínico Geral

Escore Corporal: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Atitude Geral: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> apático <input type="checkbox"/> cambaleante <input type="checkbox"/> hiperestésico <input type="checkbox"/> imóvel <input type="checkbox"/> decúbito <input type="checkbox"/> outros: _____	
Hidratação: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave	
T°C _____ FR: _____ mrpm FC: _____ bpm/min MR/2min _____ TPC _____ seg	
Mucosas: <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> rosa pálida <input type="checkbox"/> rósea <input type="checkbox"/> congesta <input type="checkbox"/> hiperêmica <input type="checkbox"/> icterica <input type="checkbox"/> cianótica	
Duração da doença: <input type="checkbox"/> aguda <input type="checkbox"/> subaguda <input type="checkbox"/> crônica	
Alimento: <input type="checkbox"/> Pasto nativo <input type="checkbox"/> Nativo melhorado <input type="checkbox"/> Feno <input type="checkbox"/> Silagem <input type="checkbox"/> Concentrado <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Resíduo <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Vacina/Testes: <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> outro: _____	
<input type="checkbox"/> BRSV <input type="checkbox"/> IBR <input type="checkbox"/> BVD <input type="checkbox"/> PI3 <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Carb. Sint. <input type="checkbox"/> Gangrena Gas <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Febre Aftosa <input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Brucelose <input type="checkbox"/> outros: _____	
Vermifugos: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> pour-on <input type="checkbox"/> outros: _____	Data Verm.:

Sinais Clínicos de Desidratação:

Afundamento dos olhos	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> >4	Reflexo de sucção: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Elasticidade da pele	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5seg	Temperatura:
Aparência das mucosas	<input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> rosa <input type="checkbox"/> quentes <input type="checkbox"/> anêmicas <input type="checkbox"/> secas <input type="checkbox"/> frias	
Estado físico	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> prostrado <input type="checkbox"/> extremidades frias <input type="checkbox"/> coma	

Diagnóstico Presuntivo:

Procedimento Terapêutico:

Medicação:	Dose	Via	Período



FICHA EXAME CLÍNICO – SISTEMA DIGESTÓRIO

Identificação:

Propriedade:	Proprietário:	Data:
		Contato:
Paciente:	Raça:	Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Prenhe <input type="checkbox"/> Vazia DIM: _____	

Sistema Digestório:

Comportamento alimentar: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> polifagia <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> oligofagia <input type="checkbox"/> disfagia <input type="checkbox"/> osteofagia <input type="checkbox"/> geofagia <input type="checkbox"/> lignofagia <input type="checkbox"/> coprofagia <input type="checkbox"/> aerofagia <input type="checkbox"/> malofagia <input type="checkbox"/> canibalismo
Ingestão de água: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> polidipsia <input type="checkbox"/> adipsia
Alterações visíveis: <input type="checkbox"/> lesões dentários <input type="checkbox"/> afecções nos lábios <input type="checkbox"/> alterações de vértebras <input type="checkbox"/> movimentos da cabeça prejudicados <input type="checkbox"/> falta de olfato <input type="checkbox"/> imobilidade da mandíbula <input type="checkbox"/> luxação mandibular <input type="checkbox"/> lesões na cavidade oral <input type="checkbox"/> lesões na língua ou Glossite <input type="checkbox"/> ptialismo <input type="checkbox"/> sialorréia hiposialia <input type="checkbox"/> paralisia da língua <input type="checkbox"/> paralisia da faringe
Ruminação: <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> interrompida <input type="checkbox"/> normal

Exame dos lábios e boca

Aumento de volume: <input type="checkbox"/> lábios <input type="checkbox"/> buchecha <input type="checkbox"/> língua <input type="checkbox"/> mandíbula		
Mucosa oral: <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> rosa pálida <input type="checkbox"/> rósea <input type="checkbox"/> congesta <input type="checkbox"/> hiperêmica <input type="checkbox"/> ictérica <input type="checkbox"/> cianótica		
Língua:	Dentes:	Palato:
Esofago:		

Análise Líquido Ruminal

Cor: <input type="checkbox"/> verde <input type="checkbox"/> castanho <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> avermelhado <input type="checkbox"/> outro _____		
Odor: <input type="checkbox"/> adocicado <input type="checkbox"/> amoniacal <input type="checkbox"/> ácido	Cosistência: <input type="checkbox"/> viscosa <input type="checkbox"/> líquida	
pH:	Sedimentação/Flutuação:	Tempo teste azul de metileno:
Mov. Protozoários: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduzido <input type="checkbox"/> ausente		
Defecação: <input type="checkbox"/> tenesmo <input type="checkbox"/> coprostásia <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> desinteria <input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> melena <input type="checkbox"/> esteatorréia		
Escore de fezes: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mole <input type="checkbox"/> corrente <input type="checkbox"/> aquosa <input type="checkbox"/> líquida		
Coloração das fezes: <input type="checkbox"/> esbranquiçado <input type="checkbox"/> castanho <input type="checkbox"/> amarelado <input type="checkbox"/> avermelhado <input type="checkbox"/> enegrecido <input type="checkbox"/> normal		



FICHA DE EXAME LOCOMOTOR PARA RUMINANTES

Identificação:

Paciente:		Idade:	Espécie:	Raça:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Brinco:	Peso:		
Atitude Geral: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> apático <input type="checkbox"/> cambaleante <input type="checkbox"/> hiperestésico <input type="checkbox"/> imóvel <input type="checkbox"/> decúbito <input type="checkbox"/> outros _____				
Proprietário:			Município:	

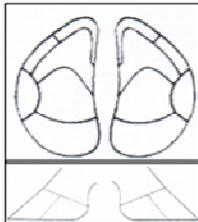
Score de Claudicação: normal anomalia leve claudicação leve claudicação óbvia
 claudicação grave

Membro afetado

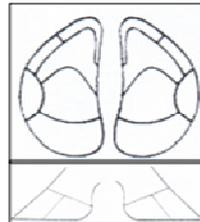
Torácico esquerdo:		Torácico direito:		Pélvico esquerdo:		Pélvico direito	
Lateral <input type="checkbox"/>	Medial <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	Medial <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	Medial <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	Medial <input type="checkbox"/>
Região do corpo: <input type="checkbox"/> Escapula/pelve <input type="checkbox"/> úmero/fêmur <input type="checkbox"/> radio/tibia <input type="checkbox"/> carpo/tarso <input type="checkbox"/> metacarpo/metatarso <input type="checkbox"/> falange proximal/falange distal <input type="checkbox"/> falange intermédia <input type="checkbox"/> interdigital <input type="checkbox"/> sesmóideo distal							
Tecido: <input type="checkbox"/> sola do casco <input type="checkbox"/> osso <input type="checkbox"/> músculo <input type="checkbox"/> articulação <input type="checkbox"/> muralha do casco <input type="checkbox"/> nervo <input type="checkbox"/> tendão							

Zona digito:

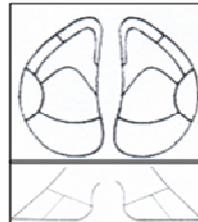
TE:



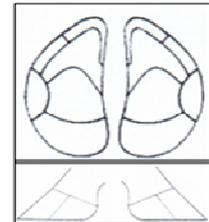
TD



PE:



PD:



Classificação da lesão:

Lesões da sola: <input type="checkbox"/> hemorragia de sola <input type="checkbox"/> úlcera de sola <input type="checkbox"/> doença linha branca <input type="checkbox"/> erosão de talão <input type="checkbox"/> desgaste/abrasão sola <input type="checkbox"/> trauma sola <input type="checkbox"/> abscesso sola
Lesões interdigitais: <input type="checkbox"/> foot rut/necrose <input type="checkbox"/> dermatite interd. <input type="checkbox"/> Hiperplasia interd. <input type="checkbox"/> corpo estranho
Lesões digitais: <input type="checkbox"/> dermatite dig. <input type="checkbox"/> artrite séptica <input type="checkbox"/> abscesso retroarticular
Fissuras muralha: <input type="checkbox"/> fissura vert I <input type="checkbox"/> fissura vert II <input type="checkbox"/> fissura vert III <input type="checkbox"/> fissura vert IV <input type="checkbox"/> sulco horiz <input type="checkbox"/> fissura horiz/dedal <input type="checkbox"/> fissura horiz./fratura apical
Anormalidade muralha: <input type="checkbox"/> cresc. normal <input type="checkbox"/> achinelado <input type="checkbox"/> saca-rolha <input type="checkbox"/> em tesoura <input type="checkbox"/> eb gancho <input type="checkbox"/> superf. Irregular <input type="checkbox"/> alt banda coronária
Lesões prox. Membro: <input type="checkbox"/> fratura <input type="checkbox"/> ruptura <input type="checkbox"/> hematoma



FICHA DE EXAME DO TRATO RESPIRATORIO

Identificação:

Paciente:		Idade:	Espécie:	Raça:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Brinco:	Peso:		
Atitude Geral: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> apático <input type="checkbox"/> cambaleante <input type="checkbox"/> hiperestésico <input type="checkbox"/> imóvel <input type="checkbox"/> decúbito <input type="checkbox"/> outros _____				
Proprietário:			Município:	

Exame Específico:

Simetria do ar: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Palpação:	Percução:
Odores: <input type="checkbox"/> acetona <input type="checkbox"/> urina <input type="checkbox"/> amêndoa <input type="checkbox"/> essência <input type="checkbox"/> pútrido <input type="checkbox"/> outros:		
Exame do fluxo nasal		
Quantidade: <input type="checkbox"/> nula <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> abundante		
Secreção: <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> mucosa <input type="checkbox"/> sanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> com espuma <input type="checkbox"/> outros:		
Exame das fossas nasais e acessórias		
Inspeção externa: <input type="checkbox"/> abertura <input type="checkbox"/> simetria <input type="checkbox"/> saliências e reentrâncias		
Inspeção interna: <input type="checkbox"/> simetria <input type="checkbox"/> deformações e hipertrofias <input type="checkbox"/> Presença de corpos estranhos		
Auscultação nasal: <input type="checkbox"/> estertor nasal <input type="checkbox"/> espirro <input type="checkbox"/> assuar <input type="checkbox"/> fungar <input type="checkbox"/> bufo		
Exame do torax		
Movimentos respiratórios: <input type="checkbox"/> abominais <input type="checkbox"/> torácicos <input type="checkbox"/> torácico-abdominal <input type="checkbox"/> profundos <input type="checkbox"/> medianos <input type="checkbox"/> superficiais <input type="checkbox"/> entrecortado <input type="checkbox"/> em golpe <input type="checkbox"/> outros _____		
Percução: <input type="checkbox"/> maciço <input type="checkbox"/> ping <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> metálico <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> outros: _____		
Auscultação: <input type="checkbox"/> ruído laringotraqueobronquial <input type="checkbox"/> murmúrio vesicular <input type="checkbox"/> sopro tubárico <input type="checkbox"/> murmúrio vesicular crepitante <input type="checkbox"/> exaltação do murmúrio vesicular crepitante <input type="checkbox"/> ausência de murmúrio vesicular		
Ruídos pleurais: <input type="checkbox"/> sólidos <input type="checkbox"/> ruído de onda <input type="checkbox"/> cascata <input type="checkbox"/> chapoteio <input type="checkbox"/> borboitejo		
Ruídos acessórios: <input type="checkbox"/> borburismos intestinais <input type="checkbox"/> ruído de deglutir <input type="checkbox"/> ruído de eructação <input type="checkbox"/> gemidos <input type="checkbox"/> bruxismo <input type="checkbox"/> produzidos pelo ambiente		



FICHA EXAME CLÍNICO – SISTEMA GENITOURINÁRIO

Propriedade:	Proprietário:	Data:
		Contato:
Paciente:	Raça:	Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Prenhe <input type="checkbox"/> Vazia DIM: _____	

Sistema Urinário

Comportamento de Micção: <input type="checkbox"/> anúria <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> oligúria <input type="checkbox"/> poliúria <input type="checkbox"/> polaquiúria <input type="checkbox"/> normal	
Cor: <input type="checkbox"/> amarelo ouro <input type="checkbox"/> incolor <input type="checkbox"/> avermelhado <input type="checkbox"/> castanho <input type="checkbox"/> outros _____	
Odor: <input type="checkbox"/> sui generis <input type="checkbox"/> amoniacal <input type="checkbox"/> adocicado	Aspecto: <input type="checkbox"/> límpido <input type="checkbox"/> turvo <input type="checkbox"/> com sedimento
pH: _____ Proteínas: <input type="checkbox"/> Glicose: <input type="checkbox"/> Corpos Cetônicos: <input type="checkbox"/> Sangue: <input type="checkbox"/> Nitrito: <input type="checkbox"/> Leucócitos: <input type="checkbox"/>	
Densidade: _____ Biliares: <input type="checkbox"/> Urobilinogênio: <input type="checkbox"/> Hemoglobina/Hemáceas: <input type="checkbox"/>	
Método de Coleta: cistocentese <input type="checkbox"/> micção espontânea <input type="checkbox"/> massagem vulvar <input type="checkbox"/> sonda uretral <input type="checkbox"/>	

Exame Ginecológico

Data:	N° crias:	ECC: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Data Último Parto:	Data Nascimento:	DEL:
Cobertura: <input type="checkbox"/> cio <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IATF <input type="checkbox"/> touro	Taxa de Prenhez:	
IPC:	Produção/vaca/dia:	
Aprumos/cascos:	Vacinas:	
Vermífugo:	Úbere:	
Vulva/vestíbulo: <input type="checkbox"/> sem alteração <input type="checkbox"/> fechamento insuficiente <input type="checkbox"/> fechamento pos-sutura <input type="checkbox"/> fechamento em mosaico <input type="checkbox"/> fechamento em desgarro		
Colo Uterino: <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> cônica <input type="checkbox"/> flácida <input type="checkbox"/> atípica		Simetria:
Grau de abertura: <input type="checkbox"/> fechado <input type="checkbox"/> perve uma palha <input type="checkbox"/> um lápis <input type="checkbox"/> um dedo <input type="checkbox"/> dois dedos <input type="checkbox"/> três dedos		Umidade: <input type="checkbox"/> seco <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> com secreção filamentosa <input type="checkbox"/> com fluídos patológicos
Coloração: <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> rosa pálida <input type="checkbox"/> rósea <input type="checkbox"/> congesta <input type="checkbox"/> hiperêmica <input type="checkbox"/> icterica <input type="checkbox"/> cianótica		
Espesura: <input type="checkbox"/> um dedo <input type="checkbox"/> dois dedos <input type="checkbox"/> três dedos <input type="checkbox"/> um braço <input type="checkbox"/> permite contorno <input type="checkbox"/> não permite contorno		Contratilidade: <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> contraído
Ovario:		
		
Ovários/Folículos: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Lentilha <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ervilha <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> feijão <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> azeitona <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ovo de pomba <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> noz <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ovo de galinha <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ovo de pata <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ovo de gansa <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ovo de avestruz		
Grau de Flutuação dos folículos: <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> tenso <input type="checkbox"/> flutuação nítica <input type="checkbox"/> flutuação intensa		



FICHA EXAME CLÍNICO – EXAME ANDROLÓGICO

Propriedade:	Proprietário:	Data:
		Contato:
Paciente:	Raça:	Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> Macho	Proporção T:V no rebanho: _____	Estações:

Exame Externo:

Escroto:				
Testículos:				
Circunferência:	Simetria	Consistência <input type="checkbox"/> mole <input type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> duro	Mobilidade <input type="checkbox"/> móvel <input type="checkbox"/> imóvel	Sensibilidade
Epidídimo				
Cabeça	Corpo	Cauda	Consistência	Sensibilidade
Cordões espermáticos				
Gânglios Linfáticos				
Prepúcio:				
Pênis:				
Vesículas Seminais				
Tamanho:	Forma			
Ampolas dos Canais Deferentes:				
Tamanho	Simetria	Consistência <input type="checkbox"/> mole <input type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> duro	Motilidade <input type="checkbox"/> móvel <input type="checkbox"/> imóvel	Sensibilidade
Próstata				
Espermograma:				
Defeitos Maiores:		Defeitos Menores		
Subdesenvolvimento		Def peça interme:	Cab. Estreita	
Formas duplas		Gota Proximal	Cab peq. Normal	
Defeito Acrossomo		Cauda dobrada com gota	Cab gig curta larga	
Cab. Piriforme		Cauda fortem. dobrada	Cabeça solta normal	
Cab. Estreita base		Cauda fortem. Enrolada	Impl abaxial	
Cab. Contorno anormal		Fratura total cauda	Impl retroaxial	
Cab. Solta anormal		Espessamento porção interm	Gota distal	
<i>Corkscrew defect</i>		<i>Knobbed sperm</i>	Cauda simples. Dobrada	
			Cauda enrolada terminal	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - FACULDADE DE VETERINÁRIA
NÚCLEO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO EM PECUÁRIA
- NUPEEC -

www.ufpel.edu.br/nupeec

Fone(53)-3275.7561



EXAMES COMPLEMENTARES (Anexos)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - FACULDADE DE VETERINÁRIA
NÚCLEO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO EM PECUÁRIA
- NUPEEC -

www.ufpel.edu.br/nupeec

Fone(53)-3275.7561



IMAGENS

