



**PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS PARA EL  
DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIONA EQUINA**

**A- IDENTIFICACION Y LOCALIZACION DEL ESTABLECIIENTO:**

1. Coordinación de Región N°:	2. Unidad Zonal:
3. Propietario:	4. Teléf.:
5. Nombre del Establecimiento:	6. Departamento:
7. Distrito:	8. Localidad:

**B- CRONOLOGÍA:** (Indicar día, mes, año en cada casilla)

Llenado por el Profesional Actuante				Llenado por el Laboratorio			
Toma de Muestra		Envío de Muestra		Recepción		Diagnóstico	

**C- CATEGORÍA DE POBLACIÓN**  
(Especifique la cantidad)

EQUINOS	ASNAL	MULAR	OTROS

**D- FINALIDAD DEL DIAGNÓSTICO** (marque con una X)

- |                |                          |               |                          |                 |                          |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. IMPORTACIÓN | <input type="checkbox"/> | 4. REMATE     | <input type="checkbox"/> | 7. ERRADICACIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 2. EXPORTACIÓN | <input type="checkbox"/> | 5. EXPOSICIÓN | <input type="checkbox"/> |                 |                          |
| 3. FERIA       | <input type="checkbox"/> | 6. RUTINA     | <input type="checkbox"/> |                 |                          |

**E- ANTECEDENTES CLÍNICOS:** (Breve descripción de los síntomas)

<b>VACUNAS RECIBIDAS:</b>
<b>TRATAMIENTO RECIBIDO:</b>

**F- PLANILLA** (Hoja N° 1)

IDENTIFICACIÓN					RAZA	SEXO	EDAD		*DIAGNÓSTICO (Llenado por el Laboratorio)	OBSERVA- CIÓN
N° Orden	N° de TUBO	N° A FUEGO	TATUAJE * NOMBRE	PELAJE			AÑO	MES		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										



**CENTRO DE  
DIAGNOSTICO  
VETERINARIO**

*"Prof. Dr. Antonio Rodríguez S."*

**cedivep** S.R.L.  
CENTRO DE DIAGNOSTICO VETERINARIO DEL PARAGUAY

**F- PLANILLA (Hoja Nº 2)**

IDENTIFICACIÓN					RAZA	SEXO	EDAD		*DIAGNÓSTICO (Llenado por el Laboratorio)	OBSERVA- CIÓN
Nº Orden	Nº de TUBO	Nº A FUEGO	TATUAJE * NOMBRE	PELAJE			AÑO	MES		
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										

**G- OBSERVACIÓN:**

**H- Profesional Actuante:**

Teléf. Nº:

**Firma y Sello:**

Reg. Prof. Nº: