

**A- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:**
**N° de Ref. Lab**
**USO EXCLUSIVO LABORATORIO**

1. Coordinación de Región N°:	2. Unidad Zonal:
3. Propietario:	4. CIP/RUC
5. Nombre del Establecimiento:	6. Cód. del Establecimiento:
7. Departamento:	8. Distrito:
9. Localidad:	10. Telf.:

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

**C- CATEGORÍA DE POBLACIÓN**

(Especifique la cantidad)

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

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- METODO DE ANÁLISIS**

- 
- AGID
- 
- ELISA

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

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

**G- PLANILLA**

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										

**H- Profesional Actuante:**
**Firma y Sello:**
**Teléf. N°:**
**Reg. Prof. N°:**

**PLANILLA**

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										

Código de la Pipeta Utilizada:  
Responsable del Procesamiento:

Tº de la Sala:

**I- OBSERVACIÓN:**