

**INFORME PARA LA REMISION DE MUESTRAS AL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO
 DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD ANIMAL**

REMITENTE/IGORLEA:

Código/ Kodea: _____ Nombre/ Izena: _____
 Teléfono/Fax: _____ Dirección/ Helbidea: _____
 E-mail: _____ CIF: _____
 Municipio/ Herria: _____
 Empresa/ Enpresa: _____

PROPIETARIO / JABEA

Nombre/ Izena: _____
 Dirección/ Helbidea: _____
 Municipio/ Herria: _____ Teléfono/Fax: _____

ANIMAL / ABEREA

Especie: _____ Raza: _____
 Edad: _____ Sexo: _____
 Peso: _____ Edad feto: _____

HISTORIA CLINICA
 POR FAVOR COMPLETE EL HISTORIAL EN EL REVERSO
 ESTA INFORMACION ES IMPRESCINDIBLE PARA EL ABORDAJE DEL CASO

MUESTRAS REMITIDAS

Número de animales remitidos:	Vivos: ()	Muertos: ()	Fecha/hora de la muerte:					
			Sacrificado: Si () No ()					
Número de muestras remitidas:								
	Fresco	Congel.	Fijado		Fresco	Congel.	Fijado	Nº
Encéfalo (EF)				Bazo (BA)				Heces (HE)
Digestivo (DG)				Ganglio (GL)				Leche (LE)
Pulmón (PM)				Feto (FE)				Hisopos (H)
Hígado (HG)				Placenta (PL)				Sangre (SA)
Riñón (RI)				Biopsias (BP)				Suero (SU)
Otras (especificar):								

PRUEBAS LABORATORIALES REQUERIDAS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> A elección del laboratorio* | <input type="checkbox"/> Necropsia/examen macroscópico | <input type="checkbox"/> Histopatología |
| <input type="checkbox"/> Bacteriología / <input type="checkbox"/> Antibiograma | <input type="checkbox"/> Virología / detección de antígeno | <input type="checkbox"/> Serología |
| <input type="checkbox"/> Parasitología | <input type="checkbox"/> Hematología | <input type="checkbox"/> Bioquímica |
| <input type="checkbox"/> Toxicología | <input type="checkbox"/> Otras (especificar)** | |

*Por defecto en caso de no especificar una técnica concreta
 **Especificar si se desean pruebas concretas o especiales

DATOS DE MANEJO

Apétido:

- Leche
- Carne
- Reproducción

- Cebo
- Recría

- Animal de compañía
- Otra (especificar):

Alojamiento:

- Estabulación fija
- Estabulación libre

- Parques
- Tipo de suelo:

- Otro (especificar):
- Caserío

Alimentación:

- Leche entera
- Leche artificial
- Ensilado
- Cambios de alimentación recientes

- Preparado comercial
- Pasto
- Heno

- Grano
- Otra (especificar):
- Corrector mineral

Agua:

- Pozo
- Otro (especificar):

- Manantial privado

- Red

HISTORIAL DEL PROCESO

Edades	Nº total animales	Nº total enfermos	Nº muertos
Adultos			
Jóvenes (1s-1a)			
Neonatos (<1s)			

Datos clínicos, duración del proceso:

Entrada animales nuevos/Cambios manejo:

Vacunaciones (última, fecha):

Tratamientos y respuesta:

Datos de necropsia:

Diagnóstico presuntivo:

Ampliar historial en una hoja aparte si es necesario

Firma y Fecha



NEIKER

Instituto Vasco de Investigación y Desarrollo Agrario
Nekazaritza Berriketa eta Garapenerako Euzkoal Eskuldea

Nº REGISTRO / SARRERA: _____

FECHA / DATA: _____

PROPIETARIO/JABEA: (Nombre, D.N.I. y dirección)

TFNO:

REMITENTE/IGORLEA: (Nombre, C.I.F. y dirección)

VETERINARIO/ALBAITARIA:

TFNO:

MUESTRA(S)/LAGINA(K):

ANALISIS SOLICITADOS/ESKATUTAKO ANALISIAK:

HISTORIAL CLINICO/HISTORIAL KLINIKOA:

OBSERVACIONES/OHARRAK:

FIRMA/SINADURA:

CENTRO DERIO / DERIOKO ZENTROA

Berreaga kalaa, 1

48160 DERIO (Bizkaia)

Tfno.: + 34 944 034 300 • Fax: + 34 944 034 310

e-mail: derio@neiker.net

Centro de Investigación y Desarrollo Agrario
Euzkoal Eskuldea