***PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES***

Nº de registro

**HOJA DE ENTRADA DE MUESTRAS AL LABORATORIO**

**REMITENTE: ÁREA DE GANADERÍA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORIGEN DE LA MUESTRA\*: | | | | |  | | | | | | | | |
| VETERINARIO QUE EXTRAE LA MUESTRA\*: | | | | |  | | | | | | | | |
| Nº DE MUESTRAS\*: | |  | | | DE LA\*\*: | |  | | | A LA\*\*: | | |  |
| MUESTRA DE\*: | |  | | | | | | | | Fecha: | | | |
| Análisis solicitado\*: | | | 🞎 Encefalopatías | | | | | Método: | | | 🞎PNT-EEB/02 (ELISA) | | |
| Nº  orden | IDENTIFICACIÓN | | | Nº orden | | IDENTIFICACIÓN | | | Nº orden | | | IDENTIFICACIÓN | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | El Veterinario  Fdo.: | | | | |
| (\*) Información aportada por el cliente.  (\*\*) La identificación declarada de las muestras debe coincidir con la indicada en los envases.  - El laboratorio declara cumplir con lo reglamentariamente establecido sobre la confidencialidad de los datos relativos al cliente y a sus muestras.  - El solicitante declara:   * Conocer los métodos de análisis que se aplicarán a su solicitud (ver la oferta analítica del laboratorio). * Dar su conformidad a la sistemática de eliminación de muestras. En caso de solicitar la devolución del sobrante de los análisis, deberá marcar la casilla 🞏. | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Carretera de Guadalix de la Sierra, Km. 1,800  28770 Colmenar Viejo (Madrid)  Tel.: 91.846.15.00 / 91.846.44.20  Fax: 91.846.40.45  E-mail: lab.sanidadanimal@madrid.org | POC/07.03.05  27/09/2019 |