

BOLETÍN DE TOMA DE MUESTRAS DE SANIDAD ANIMAL

- AVICULTURA -

REFERENCIA CECAV

SOCIO ASAV SI NO

MUESTRA PERTENECIENTE A

(marque lo que proceda)

P.A.Z. (excepto microbiología)

AUTOCONTROL *Salmonella*

VERIFICACIÓN L+D

AUTOCONTROL *Salmonella* ext.

VERIFICACIÓN L+D ext.

MAPA SANITARIO AVÍCOLA

OTROS

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Nº Col.Veterinario Habilitado

Empresa _____	Fecha recogida _____
Nombre explotación _____	NIF explotación _____
Localidad _____	Comarca _____
Provincia _____	
CÓDIGO REGA Explotación	ES _____
N.I.F Veterinario _____	Persona que toma la muestra _____

Nave (letra mayúscula)

Edad de las aves

Número de muestras

TIPO DE MUESTRA	TIPO DE AVE
<input type="checkbox"/> Sangre(Mín. 15tubos; Mín. 3mL/tubo)	<input type="checkbox"/> Broiler
<input type="checkbox"/> Calzas	<input type="checkbox"/> Reproductora
<input type="checkbox"/> Heces	<input type="checkbox"/> Recría Reproductora
<input type="checkbox"/> Paños/Esponjas	<input type="checkbox"/> Ponedora
<input type="checkbox"/> Meconios/Fondos de Caja	<input type="checkbox"/> Recría Ponedora
<input type="checkbox"/> Vísceras	<input type="checkbox"/> Pavos
<input type="checkbox"/> Aves	<input type="checkbox"/> Patos
Otros _____	Otros _____

Análisis a realizar en las muestras:

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp (cultivo) | <input type="checkbox"/> <i>M.gallisepticum</i> ARP |
| <input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> (serotipado) | <input type="checkbox"/> <i>M.gallisepticum</i> Elisa |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis IBV | <input type="checkbox"/> <i>M.synoviae</i> ARP |
| <input type="checkbox"/> Gumboro IBD | <input type="checkbox"/> <i>M.synoviae</i> Elisa |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis Italy02 | <input type="checkbox"/> Enf. Newcastle IHA |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis QX | <input type="checkbox"/> TRT |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis M41 | <input type="checkbox"/> CAV |
| <input type="checkbox"/> EDS'76 | <input type="checkbox"/> ILT |
| <input type="checkbox"/> Influenza Aviar | <input type="checkbox"/> Enterobac. |
| <input type="checkbox"/> Antibiograma | <input type="checkbox"/> Screening antimicrobianos |
- Otros _____

Observaciones (vacunaciones, sintomatología, tratamientos, sospechas,...):

Firma y fecha RESPONSABLE MUESTRAS _____