***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) |
| Nºorden | IDENTIFICACIÓN | Nº orden | IDENTIFICACIÓN | Nº orden | IDENTIFICACIÓN |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: | El VeterinarioFdo.: |
| (\*) 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. 1,80028770 Colmenar Viejo (Madrid)Tel.: 91.846.15.00 / 91.846.44.20 Fax: 91.846.40.45 E-mail: lab.sanidadanimal@madrid.org | POC/07.03.0703/07/2023 |