



SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE RABIA

ORGANISMO SOLICITANTE.....

DATOS DEL ANIMAL

Especie:..... (de ser un quiróptero marcar si se remite VIVO o MUERTO)
 Nombre (en caso de especies domésticas):..... Edad:..... Color:.....
 Vacunado contra la rabia: SI - NO Fecha:...../...../.....
 Origen:..... Procedencia:.....
 Material remitido: (*)......
 Signos clínicos:.....
 Diagnóstico clínico de presunción:.....
 Fecha de muerte del animal:...../...../.....
 Observaciones:.....

DATOS DEL DUEÑO O TENEDOR DEL ANIMAL

Apellido y nombres:.....
 Domicilio:..... Teléfono:.....
 Localidad:..... Municipalidad:.....

DATOS DEL / LOS MORDIDOS O QUE HAYAN TENIDO CONTACTO INFECTANTE

Apellido y nombres:.....
 Domicilio:..... Teléfono:.....
 Localidad:..... Municipalidad:.....
 Fecha del accidente:...../...../.....
 Tipo y gravedad de las/s mordedura/s: :.....
 Circunstancias: CON CAUSA APARENTE / SIN CAUSA APARENTE

Lugar y fecha:.....,...../...../.....
 Sello Municipal:..... Firma y sello de Profesional Responsable.....
 Ingreso a ZU:...../...../.....

Firma recepción:.....

(*) Remitir según Normal de Bioseguridad para envío de muestras, respetando en especial, la cadena de frío y la abstención de utilizar elementos cortopunzantes en el envío (alfileres, broches)