



SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE RABIA

ORGANISMO SOLICITANTE.....

DATOS DEL ANIMAL

Especie:..... Raza:..... Sexo:..... Tipo:.....
 Nombre:..... Tamaño:..... 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 Zoonosis Urbanas:...../...../.....

Firma y sello del Laboratorio:.....

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