

SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE RABIA

ORGANISMO SOLICITANTE.

DATOS DEL ANIMAL

Especie:, de ser un murciélago, 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: DNI

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 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)

