



SOLICITUD DE ANALISIS
LABORATORIO DE SANIDAD ANIMAL
MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

CODIGO:
LSA-FO-014
Versión 02
Fecha: 20/01/2020

Instrucciones: Llenar de acuerdo a lo establecido en la Guía informativa del usuario (LSA-GUI-001).

Página: 1 /

1. Nombre del responsable de toma de muestras:	2. Nombre del propietario:
e-mail / Número telefonico:	3. Nombre de la unidad productiva:
4. Ubicación de la unidad productiva:	5. Código Único de Establecimiento -CUE-
6. Tipo de Evento Epidemiológico: Vigilancia <input type="checkbox"/> Notificación <input type="checkbox"/> Brote <input type="checkbox"/>	7. Coordenadas geográficas: (X) (Y)

8. Fecha y hora de toma de muestra:	10. Diagnósticos Solicitados:
9. Firma responsable de toma de muestra:	

11. Tipo de muestra:
Sangre Suero Heces Leche Tejido Hisopado Otro: _____

12. Medio de preservación:
Hielo Medio de transporte Formol Alcohol Ninguno Otro: _____

13. Animales o Fuente: Bovinos <input type="checkbox"/> Caprinos <input type="checkbox"/> Ovinos <input type="checkbox"/> Búfalos <input type="checkbox"/> Otro: Porcinos <input type="checkbox"/> Equidos <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/>	14. Total de muestras:
---	------------------------

15. Datos Adicionales (Historia clínica, fecha de nacimiento, signos clínicos, diagnóstico presuntivo, hallazgos en la necropsia, medicaciones administradas e historial de vacunación)

16. ¿Se incluye anexo? Si No Especificar: _____

17. Identificación

No.	Identificación de la muestra/ DIIO	Edad	Sexo	Lote/Galera o Casa	No.	Identificación de la muestra/ DIIO	Edad	Sexo	Lote/Galera o Casa
1					8				
2					9				
3					10				
4					11				
5					12				
6					13				
7					14				

18. Se ha leído el Manual de Preservación y envío de muestras (LSA-MA-001) Si No Otro: _____

19. Entregado al Laboratorio por: (Nombre y/o Firma)	Guía No.
--	----------

Nota: Los resultados de esta solicitud no serán divulgados ni revelados a otros clientes. Los resultados podrán ser compartidos con autoridades o programas competentes que lo requieran.

Uso Exclusivo del Laboratorio				Número de Solicitud
Condición:	Prioridad:	Recibida Por:	Fecha envío de resultados:	
Elaboro: M.V. Olson Palala	Reviso: Equipo de Gestión	Aprobo: Q.B. Vanessa Salazar		