

CÓDIGO CLIENTE	CENTRO VETERINARIO	POBLACIÓN	ETIQUETA
PACIENTE	TUTOR/PROPIETARIO		
NÚMERO DE TUBOS ENVIADOS	TIPO DE MUESTRA		

Motivo del Análisis Reason for testing

Viaje a / Travel to

☐ Importación a la Unión Europea / Import into EU

☐ Importación a otros países**
Import to other countries**

** Por favor, antes de viajar a países no Europeos infórmese de las normativas. Please inform yourself about the valid travelling guidelines before travelling to not Europeans countries.

Determinación de anticuerpos frente a la Rabia Rabies antibody testing in animals

Técnica utilizada, Test “fluorescent antibody virus neutralisation” (FAVN) de acuerdo con la O.I.E. “Manual of standards of diagnostic tests and vaccines”. Using “fluorescent antibody virus neutralisation” (FAVN) test according to the O.I.E. “Manual of standards of diagnostic tests and vaccines”

Por favor, utilice únicamente este formulario (rellene los campos en mayúsculas o a máquina). De acuerdo con la normativa de los países importadores sólo los formularios completamente rellenos pueden ser procesados. Please use this form only (complete in capitals or typewritten). In accordance with regulations of the importing countries only fully completed sample submission forms can be processed.

Muestra necesaria***: 1ml de Suero
Sample material***: 1ml Serum

Veterinario solicitante Submitting veterinary surgeon

Veterinario-Nombre* / Veterinarian-Name *

Dirección completa* / País Address/Country*

Tutor/Propietario Owner (*obligatorio/*obligatory)

Apellidos y Nombre Family name*/First name*

Dirección-País* / Address-Country*

Firma del tutor/propietario Signature of the owner

Animal Animal

Se requiere la implantación de un microchip previo a la vacuna. A microchip implantation is required prior to the vaccination.

Especie* / Species*

Nombre* / Name*

Raza* / Breed*

Fecha de nacimiento/ Date of Birth

D

D

M

M

A

A

A

A

Sexo Sex ☐ Macho Male ☐ Esterilizado Neutered ☐ Hembra Female

Nº Microchip* / Microchip-No.*

Fecha de implantación / Date of implantation

D

D

M

M

A

A

A

A

Nº Tatuaje / Tattoo No.

Vacuna de la Rabia Rabies vaccination

Marca de la Vacuna* Vaccine Brand*

Fecha de vacunación* Date of vaccination*

D

D

M

M

A

A

A

A

Número de Lote* / Batch No.*

Fecha de la extracción de la muestra y lectura del microchip* / Date of sample collection and microchip reading*

D

D

M

M

A

A

A

A

Por la presente confirmo que los datos indicados más arriba son correctos. I hereby confirm the above details are correct.

D

D

M

M

A

A

A

A

Fecha* / Date*

Firma y sello del veterinario solicitante*
Signature and stamp of the submitting veterinary surgeon*

***SÓLO SERÁN PROCESADAS LAS MUESTRAS DE BUENA CALIDAD (sin hemólisis, lipemia, ...). No se pueden realizar otros tests en esta muestra. Por favor, asegúrese de la correcta identificación de la muestra con el número de microchip, nombre del animal y nombre del propietario y código de barras si procede. Please note: ONLY GOOD QUALITY SERUM SAMPLES (not lipaemic and not haemolytic) can be processed. No other tests can be performed on the sample. Please ensure correct identification of the sample with microchip no., animal's name and owner's name, and barcode where applicable.