

ANÁLISIS SEROLÓGICO -SOLICITUD

1. **LABORATORIO RECEPTOR**

FECHA DE RECEPCIÓN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

D M A

LABORATORIO DIAGNÓSTICO VETERINARIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°. SOLICITUD ASIGNADOPOR EL LABORATORIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ESPECIE: | FECHA TOMA DE MUESTRA: |
| 1. **IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DEL PREDIO**
 |
| PROPIETARIO | CEDULA - NIT | TELÉFONO | DIRECCION PROPIETARIO |
| PREDIO | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
| VEREDA | LONGITUD | LATITUD |

1. **AUTORIZACION DE ENVÍO DE RESULTADOS POR CORREO ELECTRÓNICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE SOLICITANTE | CEDULA  | TELEFONO |
|  CORREO ELECTRÓNICO | OFICINA LOCAL | DEPENDENCIA SOLICITANTE ICA |
| AUTORIZO ENVÍO RESULTADO POR CORREO ELECTRONICO SI NO  |

1. **OBJETO DEL ANALISIS**

|  |
| --- |
| **OFICIAL** |
| CERTIFICACION PREDIOS LIBRES  | CUARENTENA DE IMPORTACION  |  VIGILANCIA ACTIVA  | MOVILIZACION  |
| SANEAMIENTO ESTRATEGICO  | CUARENTENA DE EXPORTACION  | VIGILANCIA PASIVA  | INTERVENCION SANITARIA  |
| **PARTICULAR** |
| MONITOREO EN PREDIO**\*** (no aplica para brucelosis) | SIGNOS CLINICOS  | MOVILIZACION**\*** (solo para AIE)  |

**\***Las muestras para el diagnóstico de Brucelosis no serán recibidas bajo estos objetos de análisis**.**

1. **POBLACIÓN ANIMAL EXISTENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BOVINOS** | **BUFALINOS** | **PORCINOS** | **EQUINOS** | **MULARES** | **CAPRINOS** | **AVES** | **OVINOS** | **OTROS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **SOLICITUD DE ANÁLISIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFERMEDAD** | **MÉTODO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° ORDEN** | **IDENTIFICACIÓN** (debe coincidir con la registrada en el vial)(N° de chapeta, Nombre, Microchip, Tatuaje ,Registro) | **RAZA** | **SEXO** | **EDAD (MESES)** | **RESULTADO ÚLTIMO CHEQUEO****(Obligatorio para brucelosis)** |
| **H** | **M** | RB Pos/Neg | ELI  Valor PP o M/P | FPA valor mP |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Página De

 Forma 3-122. V6

.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° ORDEN** | **IDENTIFICACIÓN** (debe coincidir con la registrada en el vial)(N°de chapeta, Nombre, Microchip, Tatuaje ,Registro) | **RAZA** | **SEXO** | **EDAD (MESES)** | **RESULTADO ÚLTIMO CHEQUEO** |
| **H** | **M** | RB Pos/Neg | ELI Valor PP | FPA valor mP |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| NUMERO DE SOLICITUD ANTERIOR (Cuando se trata de confirmación de análisis) |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRACedula de ciudadanía Teléfono:  | FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA |

PARA LOS FINES PREVISTOS EN EL ARTICULO 83 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS CONCEPTOS, CANTIDADES Y DEMÁS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

La información consignada se tratará de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales publicada en la página del ICA: https://www.ica.gov.co/home/politica-de-privacidad-y-proteccion-de-datos-perso.aspx

Página De

 Forma 3-122. V6