Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

RENSPA Nº

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

CARPETA SANITARIA

U. E. L. :
OFICINA LOCAL SENASA:

Nombre del Establecimiento:.

Productor:.

Ubicación : Sección: . . . . . .Fracción: . . . . . .Lote: . . . . . .

Localidad:. Departamento:

Provincia:

Veterinario Acreditado:

RENSPA Nº. .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL PRODUCTOR

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

☐ **BRUCELOSIS** ☐ **TUBERCULOSIS**

DATOS DEL PRODUCTOR Y ESTABLECIMIENTO

Propietario o Razón Social:.
Dirección Postal: …… .Tel/Fax
Establecimiento:..
Oficina Local SENASA:
Dto/Partido:
Provincia.

POBLACION BOVINA EXISTENTE

Vacas		Vaquillonas	
Terneros		Terneras	
Novillitos		Toros	
Novillos		**Total**	

DATOS COMPLEMENTARIOS

Características de la Explotación — Finalidad: Carne ☐ Leche ☐ Mixto ☐

Tipo: Cria ☐ Cabaña ☐ Otros ☐

Hectareas 411 — Razas: Clase o Tipo — Puro de Pedigree ☐ Puro por Cruza ☐ Rodeo General ☐

Producción de Leche: Mensual ☐ Anual ☐ — Tipo de Ordeñe: Manual ☐ Mecánico ☐ — Manga: Si ☐ No ☐

Habiendo tomado conocimiento de la Resolución Nº 115/99 y comprometiendome a dar cumplimiento a la misma para obtener el "CERTIFICADO DE ESTABLECIMIENTO LIBRE DE BRUCELOSIS ☐Y/O TUBERCULOSIS ☐BOVINA", designo como Médico Veterinario …….. .Matricula Profesional Nº ……. Expedida por …….
ACREDITACION DE SENASA Nº

Firma del Vet. Acreditado

LA PRESENTE SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

LUGAR Y FECHA **FIRMA DEL PRODUCTOR**

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

AVISO DE TAREAS SANITARIAS

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

☐ **BRUCELOSIS** ☐ **TUBERCULOSIS**

Fecha	Cantidad total de animales	Tareas: Brucelosis/TBC

DATOS DEL PRODUCTOR Y DEL ESTABLECIMIENTO

Propietario ó Razón Social: .....
Domicilio: .....
Dirección Postal: .....Tel/Fax:. .....
Establecimiento: .....
Localidad: Dpto /Partido: Provincia:

POBLACION BOVINA A EXAMINAR

Vacas	Vaquillonas	Novillos	Terneros	Terneras	Toros	Total Bovinos

VETERINARIO ACREDITADO

Apellido y Nombre: .....
Matrícula Nº : .....Expedida por: .....
Acreditación de SENASA Nº .....Domicilio: .....
Teléfono: .....Provincia: .....
Localidad : .....Partido/Dpto. :.....

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL PRODUCTOR **FIRMA Y SELLO VETERINARIO ACREDITADO**

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PROTOCOLO DE ENVIO DE MUESTRAS A LABORATORIO PARA DIAGNOSTICO DE BRUCELOSIS

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

PROTOCOLO Nº

FECHA DE EXTRACCIÓN:.....FECHA ENVIO:.....ESPECIE: .....CANTIDAD DE MUESTRAS:.....

TIPO DE RODEO: Lechero ☐ Carne ☐ Mi xto ☐

TOTAL BOVINOS: ☐ Vacas ☐ Vaquillonas ☐ Toros ☐

Otras especies: Porcinos ☐ Ovinos ☐ Caprinos ☐

MOTIVO DEL ENVIO:

PROCEDENCIA

Establecimiento:. .
Nº RENSPA: .
Propietario: .. . .
Localidad: .. . .
Dpto/Pdo.: .. . .
Provincia: .. . .

U.E.L.: . . . . . .
Domicilio . . . . . .
Tel/fax: . . . . . .
Oficina Local SENASA: . . . . . .
Tel/fax: . . . . . .

REMITENTE
Veterinario Acreditado Mat. Nº..
Apellido y Nombre: .. .
Domicilio:. . . . . .

TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD/ MESES	TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD / MESES

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

HOJA :

TRANSPORTE PROTOCOLO DE SANGRADO Nº

TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD/ MESES	TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD / MESES

. . . .
Fi rma y Sello del Veterinario Acreditado

. . . .
Firma y Sello del Laboratorista

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO DE BRUCELOSIS

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

PROTOCOLO Nº

FECHA DE EXTRACCIÓN: ...../..../.....FECHA ENVIO: ...../...../..... ESPECIE: ..... CANTIDAD DE MUESTRAS:.....

TIPO DE RODEO: Lechero ☐ Carne ☐ Mi xto ☐

TOTAL BOVINOS: ☐ Vacas ☐ Vaquillonas ☐ Toros ☐

Otras especies: Porcinos ☐ Ovinos ☐ Caprinos ☐

MOTIVO DEL ENVIO:

PROCEDENCIA

Establecimiento: . . . . . .
Nº RENSPA: . . . . . .
Propietario: . . . . . .
Localidad: . . . . . .
Dpto/Pdo.: . . . . . .
Provincia: . . . . . .

U.E.L.: . . . . . .
Domicilio . . . . . .
Tel/fax: . . . . . .
Oficina Local SENASA: . . . . . .
Tel/fax: . . . . . .

REMITENTE
Veterinario Acreditado Mat. Nº. . . . . .
Apellido y Nombre: . . . . . .
Domicilio: . . . . . .

TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD/ MESES	BPA	SAT	2 Me	DIAGNOSTICO

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

HOJA Nº

TRANSPORTE DE PROTOCOLO Nº

TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD/ MESES	BPA	SAT	2 Me	DIAGNOSTICO

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

HOJA Nº

TRANSPORTE DE PROTOCOLO Nº

TUBO Nº	ANIMAL Nº	CATEG	FECHA VAC.	EDAD/ MESES	BPA	SAT	2 Me	DIAGNOSTICO

Laboratorio Nº Hab.: . .. Vet. Acred. . . . . .Nº Acred. . . . . Fecha recepc. muestras: . . . /. . . . / . . .
Muestras Examinadas: . . . Positivos: . . . . . .Sospechosos: . . . . . .Negativos: . . . . . .
Resultaron POSITIVOS los animales Nº: . . . . . .
Resultaron SOSPECHOSOS los animales Nº. . . . . .
Antígenos Utilizados: BPA. . . . . Marca: . . . . Serie:. . . . .. .Venc.: . . . . . .
SAT. . . . . .. Marca: . . . . .Serie: . . . . . .Vence: . . . . . .
Observaciones: . . . . . .
RESULTADO: Comunicado a . . . . . .Fecha: . . . . . .

- **Los sospechosos podrán ser nuevamente sangrados entre los 30 y 45 días. En caso de repetirse el resultado, será considerado POSITIVO**

....
Lugar y Fecha Vet. Laboratorio Veterinario Acreditado

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE LA BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO

(UBICACIÓN DE LOS ANIMALES REACCIONANTES POSITIVOS)

RENSPA Nº ../..././...../../..

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

CERTIFICACION DE REACCIONANTES A FAENA

CONSTANCIA DE ENVIO

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

PROPIETARIO

LOCALIDAD

PROVINCIA

LOS BOVINOS CUYA IDENTIFICACION SE DETALLA, SERAN TRANSPORTADOS CON DESTINO A FAENA INMEDIATA POR SER REACCIONANTES POSITIVOS A BRUCELOSIS/TUBERCULOSIS.

BRUCELOSIS

TUBERCULOSIS

LUGAR Y FECHA

VET. ACREDITADO
FIRMA Y SELLO

LA PRESENTE DOCUMENTACION DEBERA SER PRESENTADA ANTE LA OFICINA LOCAL DE SENASA O DELEGACION PARA SOLICITAR EL DTA/PSTA CORRESPONDIENTE.

ORIGINAL: OFICINA LOCAL DE SENASA Ó DELEGACION
DUPLICADO: CARPETA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO

DTA/PSTA

FRIGORIFICO

DIRECCION

LUGAR Y FECHA

Vº Bº FIRMA Y SELLO
SENASA

RENSPA Nº

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

CERTIFICADO PARA EGRESO

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

VALIDO HASTA EL :

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN **DTA/PSTA Nº:**

RENSPA Nº:……....ESTABLECIMIENTO:……
RAZON SOCIAL: …….....
LOCALIDAD: ……. .....DPTO/PARTIDO: ……
PROVINCIA: …….....

VETERINARIO ACREDITADO

NOMBRE Y APELLIDO: …….....
MATRICULA PROFESIONAL Nº……....OTORGADA POR : .....
ACREDITACION DE SENASA Nº……..DOMICILIO.....
LOCALIDAD.....PROV:.....TEL/FAX:…….....

LABORATORIO DE RED

RAZON SOCIAL:…….....SENASA REGISTRO Nº .....
PROFESIONAL RESPONSABLE:.....
MATRICULA PROFESIONAL Nº……ACRED. SENASA Nº ……..TEL/FAX:……..
DOMICILIO:……....LOCALIDAD:……..... .PROV:..... .....

CERTIFICACION

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE LOS BOVINOS CUYA IDENTIFICACION SE DETALLA, RESULTARON NEGATIVOS A **BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA** SEGÚN PRUEBAS REALIZADAS **EN FECHA……..PROTOCOLO Nº ……**
IDENTIFICACION Nº

El original de la presente documentación deberá acompañar al DTA/PSTA que será entregado por el productor en la Oficina Local de SENASA de destino de los animales

LUGAR Y FECHA **FIRMA DEL VETERINARIO ACREDITADO**

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

DECLARACION JURADA
HEMBRAS MENORES DE 18 MESES

Plan Nacional de Control y Erradicación de la Brucelosis y Tuberculosis Bovina

DTA/PSTA:

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

ESTABLECIMIENTO : .....

PROPIETARIO Ó RAZON SOCIAL: .....

LOCALIDAD: .....DPTO./PARTIDO: .....

PROVINCIA: .....

HEMBRAS BOVINAS MENORES DE 18 MESES COMPONENTES DE LA TROPA:

Declaro bajo juramento que las hembras bovinas sin certificación de seronegatividad a Brucelosis componentes de la tropa, son Menores de 18 (DIECIOCHO) meses de edad.

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA DEL PRODUCTOR
O APODERADO

RENSPA Nº ../..././...../../..

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

SOLICITUD DE CONTROL OFICIAL

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

☐ **BRUCELOSIS** ☐ **TUBERCULOSIS**

FECHA RELEVAMIENTO: / /

DATOS DEL PRODUCTOR Y DEL ESTABLECIMIENTO

Propietario ó Razón Social: .....
Domicilio: .....
Dirección Postal: .....Tel/Fax:. .....
Establecimiento: .....
Localidad: Dpto./Partido: Provincia:

POBLACION BOVINA EXISTENTE

Vacas	Vaquillonas	Novillos	Terneros	Terneras	Toros	Total Bovinos

En el establecimiento mencionado he obtenido dos pruebas consecutivas negativas con .....meses de intervalo para el programa de BRUCELOSIS ☐ TUBERCULOSIS ☐ BOVINA. Fueron examinados todos los animales que por su edad y condición debían ser sometidos a los correspondientes test diagnósticos, encontrándose individualmente identificados con.....
Habiendo transcurrido.....días de la última SEROLOGIA ☐ TUBERCULINIZACION ☐ podría proceder ese Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria a realizar las pruebas verificatorias para otorgar posteriormente la Certificación Oficial de Establecimiento Libre de BRUCELOSIS ☐ TUBERCULOSIS ☐ BOVINA, cuando lo considere conveniente.

VETERINARIO ACREDITADO

Apellido y Nombre: .....
Matrícula Nº : .....Expedida por: .....
Acreditación de SENASA Nº .....Domicilio: .....
Teléfono: .....Provincia: .....
Localidad : .....Partido/Dpto. :.....

....
Lugar y Fecha **Firma**

RENSPA Nº

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

CERTIFICADO DE VACUNACION ANTIBRUCELICA

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS BOVINA

DATOS DEL PRODUCTOR Y DEL ESTABLECIMIENTO

RENSPA Nº: ……....ESTABLECIMIENTO: .....
PROPIETARIO O RAZON SOCIAL: …….....
LOCALIDAD: …….....DPTO/PARTIDO:.....
PROVINCIA: .....

VETERINARIO ACREDITADO

NOMBRE Y APELLIDO: …….....
MATRICULA PROFESIONAL Nº…….. OTORGADA POR : .....
ACREDITACION DE SENASA Nº……....DOMICILIO.....
LOCALIDAD.....PROV:.....TEL/FAX:…….....

DE LA VACUNACION

FECHA DE VACUNACION……..MARCA: ……..…..SERIE:…….. .VTO . ……. . .
Nº DE TERNERAS VACUNADAS: . . DOSIS UTILIZADAS: . . . . . .

CERTIFICACION

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE LAS TERNERAS CUYA IDENTIFICACION SE DETALLA, FUERON VACUNADAS ENTRE LOS 3 Y 8 MESES DE EDAD CONTRA LA BRUCELOSIS BOVINA
IDENTIFICACION Nº

LUGAR Y FECHA **FIRMA DEL VETERINARIO ACREDITADO**

RENSPA Nº

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PLANILLA DE COMUNICACIÓN
ALTAS Y BAJAS DE LA EXISTENCIA BOVINA

ALTAS ☐ **BAJAS** ☐

PERIODO

DESDE FECHA HASTA FECHA

IDENTIFIC. Nº	MOTIVO	FECHA	IDENTIFIC. Nº	MOTIVO	FECHA

CUANDO LAS BAJAS CORRESPONDAN A ANIMALES SOSPECHOSOS O POSITIVOS A BRUCELOSIS O TUBERCULOSIS DEBERA ADJUNTARSE CERTIFICACION EXPEDIDA POR EL VETERINARIO ACREDITADO

LUGAR Y FECHA **FIRMA VETERINARIO ACREDITADO**

RENSPA Nº

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PROTOCOLO DE TUBERCULINIZACION

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA

FECHA RELEVAMIENTO:

PROTOCOLO Nº

DATOS DEL PRODUCTOR Y DEL ESTABLECIMIENTO

Propietario ó Razón Social: ..
Domicilio: ..
Dirección Postal: ..... Tel/Fax:.
Establecimiento: .....
Localidad:……..Dpto./Partido: …….. Provincia:....

EXISTENCIA BOVINA

Vacas	Vaquillonas:	Novillitos:	Novillos:	Terneros:	Terneras:	Toros:	

REACTIVO UTILIZADO

Marca: Serie: Vencimiento:

IDENT Nº	CATEG RAZA	EDAD	TIPO DE PRUEBA	ESPESOR DE LA PIEL EN mm			DIAGNOSTICO
				Pre Inoculac.	Post Inoculac.	Diferencia	

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

HOJA :

TRANSPORTE PROTOCOLO DE TUBERCULINIZACION Nº

IDENT Nº	CATEG RAZA	EDAD	TIPO DE PRUEBA	ESPESOR DE LA PIEL EN mm			DIAGNOSTICO
				Pre Inoculac.	Post Inoculac.	Diferencia	

RENSPA Nº ../..././...../../..

Secretaria de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria

HOJA :

TRANSPORTE PROTOCOLO DE TUBERCULINIZACION Nº

IDENT Nº	CATEG RAZA	EDAD	TIPO DE PRUEBA	ESPESOR DE LA PIEL EN mm Pre Inoculac. Diferencia	Post Inoculac.		DIAGNOSTICO

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

HOJA :

TRANSPORTE PROTOCOLO DE TUBERCULINIZACION Nº

IDENT Nº	CATEG RAZA	EDAD	TIPO DE PRUEBA	ESPESOR DE LA PIEL EN mm			DIAGNOSTICO
				Pre Inoculac.	Post Inoculac.	Diferencia	

HOJA :

TRANSPORTE PROTOCOLO DE TUBERCULINIZACION Nº

IDENT Nº	CATEG RAZA	EDAD	TIPO DE PRUEBA	ESPESOR DE LA PIEL EN mm			DIAGNOSTICO
				Pre Inoculac.	Post Inoculac.	Diferencia	

Bovinos Tuberculinizados: Bovinos Positivos: Bovinos Sospechosos: Bovinos Negativos:

FECHA PROXIMA TUBERCULINIZACION: / /
Apellido y Nombre del Vet. Acred.:.....
Matr. Profesional Nº ……..Otorgado por:…….....**Acred. SENASA Nº…….**

Veterinario Acreditado

RENSPA Nº

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

RESULTADO TUBERCULINIZACION EN ESTABLECIMIENTO

Plan Nacional de Control y Erradicación de Brucelosis y Tuberculosis Bovina

Fecha de Tuberculinización:

DATOS DEL PRODUCTOR Y ESTABLECIMIENTO

Propietario o Razón Social:…….....
Dirección Postal:.....Tel/Fax:.....
Establecimiento:.....
Oficina Local SENASA.....
Dto/Partido:.....
Provincia.....

POBLACION BOVINA EXISTENTE

Vacas	Vaquillonas	Novillos	Novillitos	Terneros	Terneras	Toros	TOTAL

POBLACION BOVINA EXAMINADA

Vacas	Vaquillonas	Novillos	Novillitos	Terneros	Terneras	Toros	TOTAL

DATOS COMPLEMENTARIOS

Tipo de Explotación:

Test Tuberculínico Usado:

NUMERO DE IDENTIFICACION												
ANIMALES REACCIONANTES **POSITIVOS**							ANIMALES REACCIONANTES **SOSPECHOSOS**					

TOTALES
POSITIVOS . . . . . .
SOSPECHOSOS . . . . . .
NEGATIVOS . . . . . .

.....
FIRMA Y SELLO
VETERINARIO ACREDITADO

RENSPA Nº ../..././...../../..

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

PROTOCOLO DE NECROPSIA

Plan Nacional de Control y Erradicación de la Brucelosis y Tuberculosis Bovina

Entrada Nº	Fecha	Especie	Edad	Raza	Sexo : H - M

Propietario . . . . . .Dirección: . . . . . .
Localidad: . . . . . Partido/Dpto.: . . . . . .
Provincia: . . . . . Telefax: . . . . . .

Animal Vivo ☐ Muerto ☐ Fecha y Hora de la muerte: . . . . . .

Historia Clínica: (Sintomas, tratamientos,morbilidad,mortalidad, etc)

Diagnóstico Clínico Presuntivo: . . . . . .
Veterinario Clínico: . . . . . .Veterinario Necropsista: . . . . . .

DESCRIPCION DE ALTERACIONES MACROSCOPICAS
(Describir indicando forma, tamaño en cm o mm, color, consistencia,cantidad y localzación)

Exterior (Piel, ojos, orejas, tejido,subcutáneo,etc)

Sistema Respiratoreio (nariz,senos,laringe,tráquea, pilmones,pleura)

Sistemas Circulatorio (Corazón, arterias,venas y vasos linfáticos)

Sistema Digestivo (Boca, faringe, esófago, intestino,recto, pancreas, peritoneo)

Sistema Hemopoyético (Ganglios, bazo, amígdalas, médula ósea,timo, indicar ubicación de linfonód. Afect.)

Sistema Urinario (Riñones, uréteres, vegija, uretra)

Sistema Genital Masculino (Testículos, epidídimo, vesículas seminales, próstata, pene, prepucio)

Sistema Endocrino (Hipófisis, adrenales, tiroides, paratiroides)

Sistema Locomotor (Músculos, huesos, articulaciones)

Sistema Nervioso (Cerebro, cerebelo, médula espinal, meninges, nervios)

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

ANALISIS COMPLEMENTARIOS Bacteriología ☐ Hematología ☐ Virología ☐
Parasitológicos ☐ Serológicos ☐ Otros ☐

Estudio Histopatológico (Indicar tejidos muestreados)
DIAGNOSTICO FINAL

LUGAR Y FECHA FIRMA Y SELLO

RENSPA Nº . . / . . . / . / . . . . . / . . / . .

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentari

REMISION DE MUESTRAS

Plan Nacional de Control y Erradicación de la Brucelosis y Tuberculosis Bovina

Entrada Nº Fecha: Especie: Edad: Raza:

Propietario :.....Dirección :.....Tel/Fax:.....
Localidad: .....Partido/Dpto. :.....Provincia: .....

Remitente:.....Dirección :.....Tel/Fax:.....
Localidad: .....Partido/Dpto. :.....Provincia: .....

Histroia Clínica: (Síntomas, Totales de animales, Enfermos, Muestras, Vacunacionews, Tratamientos, Alimentación, Manejo, Diagnósticos previos de la enfermedad, etc)

Toma de Muestras

Fecha:...../...../.....

Tiempo entre Muerte y Muestreo

Material Enviado: (Organos, Tubos, sangre, suero, Tipo Cantidad, etc.)

Ajuntar Protocolo de Necropcia, Verificar Método de Muestreo Ad-Hoc.

TIPO DE ANALISIS SOLICITADO			
	Serología ☐	Toxicología ☐	Histopatología ☐
	Virología ☐	Necropcia ☐	Bacteriología ☐
	TBC y Otros ☐	Parasitología ☐	Otros ☐

Rotulación de Muestras Remitidas

Diagnóstico Clínico Presuntivo

.....
Firma Y Sello del Remitente

RESERVADO PARA EL LABORATORIO
Resultados del Laboratorio:

Diagnóstico Definitivo: Firma y Sello del D. Técnico

Contestado en fecha:...../...../..... Avisado T.E. ☐ Carta ☐ Telegrama ☐ Fax ☐

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

REPUBLICA ARGENTINA

MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, PESCA Y ALIMENTACION

SENASA

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

CERTIFICADO DE ESTABLECIMIENTO OFICIALMENTE

LIBRE DE BRUCELOSIS BOVINA

En el marco del PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA , y de acuerdo a los resultados de las pruebas efectuadas, el SENASA extiende el presente certificado.

RENSPA

- - / - - - / - / - - - - - / - - / -

ESTABLECIMIENTO

. . . . . .

PROPIETARIO

. . . . . .

DIRECCION

LOCALIDAD: . . . . . .DPTO/PART.: . . . . . .
PROVINCIA: . . . . . .

Este certificado tiene validez de 1 (un) año , quedando el Establecimiento durante ese lapso sujeto al cumplimiento de las normas preventivas.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO
SENASA

Secretaria de Agricultura, Ganadería,
Pesca y Alimentación

SENASA
Servicio Nacional de Sanidad
y Calidad Agroalimentaria

REPUBLICA ARGENTINA

MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, PESCA Y ALIMENTACION

SENASA

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

CERTIFICADO DE ESTABLECIMIENTO OFICIALMENTE

LIBRE DE TUBERCULOSIS BOVINA

En el marco del PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACION DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA , y de acuerdo a los resultados de las pruebas efectuadas, el SENASA extiende el presente certificado.

RENSPA

- - / - - - / - / - - - - - / - - / -

ESTABLECIMIENTO

. . . . . .

PROPIETARIO

. . . . . .

DIRECCION

LOCALIDAD: . . . . . .DPTO/PART.: . . . . . .
PROVINCIA: . . . . . .

Este certificado tiene validez de 1 (un) año , quedando el Establecimiento durante ese lapso sujeto al cumplimiento de las normas preventivas.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO
SENASA