

FORMULARIO DE MUESTRA PARA ENVIAR

Laboratorio de Calidad de Leche

For Lab Use Only

Opened by _____ Date/Time: _____

Sample Arrived: _____

Room Temp Ice Pack Frozen

Other _____

Dirección de envío:

Animal Health International Milk Quality Lab

26357 Road 108

Tulare, CA 93274

Teléfono: (559) 372-5669 | Fax: (559) 404-1435

Correo electrónico: lab@animalhealthinternational.com

Información de Muestra

Fecha de colección _____ Fecha de envío _____

Productor/Nombre de contacto _____

Nombre de rancho _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Veterinario _____

Informe de resultados (marque el método o métodos preferidos)

Texto _____

Teléfono _____

Fax _____

Correo electrónico _____

DC305 _____

Veterinario _____

Especies Bovino Caprino Ovino

Marque todas las pruebas que correspondan e introduzca la cantidad de muestras a analizar. Si se solicitan varias muestras y pruebas, especifíquelo en el formulario para varios animales

Pruebas Individuales de Animales:

| Cultura | Cantidad | Otras pruebas | Cantidad |
|--|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Aerobios y micoplasmas (cultivo completo) | _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo (sangre/leche) Criado después $\geq 28d$ Postparto, $\geq 60d$ post-parto*) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sólo identificación aeróbica <input type="checkbox"/> Sólo Mycoplasma | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Johne (Sangre/Leche) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sólo identificación contagiosa (marque con un círculo todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> S.aureus / <input type="checkbox"/> S. ag / <input type="checkbox"/> Prototheca / <input type="checkbox"/> Micoplasma | _____ | <input type="checkbox"/> BVD (Suero ** / Corte de la oreja / Leche) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra identificación del organismo (especifique): _____ | _____ | <input type="checkbox"/> VLE (suero) | _____ |
| <input type="checkbox"/> PCR de micoplasma | _____ | <input type="checkbox"/> CEA (sangre) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Célula somática | _____ | <input type="checkbox"/> Proteínas totales del suero de ternera <input type="checkbox"/> RID IGG | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a antibióticos | _____ | <input type="checkbox"/> Residuo de antibiótico | _____ |

Calidad y Evaluación de Leche:

| Bulk Tank Screening | Cantidad | Cuantitativo | Cantidad |
|---|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Cultura general | _____ | <input type="checkbox"/> Cuenta Estándar de Placas (SPC) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Identificación del contagio (aureus, ag, Prototheca, Myco) | _____ | <input type="checkbox"/> Cuenta de coliformes (CC) | _____ |
| <input type="checkbox"/> PCR de Micoplasma | _____ | <input type="checkbox"/> Cuenta Pasteurizado de Laboratorio (LPC) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra Cultura | _____ | <input type="checkbox"/> Cuento de Células Somáticas (SCC) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ropa de cama | _____ | <input type="checkbox"/> SPC + Coliformes (Calostro/Leche de Desecho) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Toalla | _____ | <input type="checkbox"/> Evaluación de la calidad de la leche (SPC, CC, LPC) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agua | _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante | _____ | | |

*Embarazo (oveja) 35d post-crianza (sangre); **BVD: El suero sólo es adecuado a partir de crías precolostrales de más de tres meses de edad.

FORMULARIO DE ENVÍO DE MÚLTIPLES MUESTRAS

Laboratorio de Calidad de Leche

For Lab Use Only

Opened by _____ Date/Time: _____

Sample Arrived: _____

Room Temp Ice Pack Frozen

Other _____

Dirección de envío:

Animal Health International Milk Quality Lab

26357 Road 108

Tulare, CA 93274

Teléfono: (559) 372-5669 | Fax: (559) 404-1435

Correo electrónico: lab@animalhealthinternational.com

Etiquete el tubo de muestra con Identificación de animal y Número de tubo.

| Tubo # | Identificación de Animal | Días Criada Prueba de Embarazo | Solicitud de Prueba |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| <input type="checkbox"/> 4 | | | |
| <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| <input type="checkbox"/> 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> 7 | | | |
| <input type="checkbox"/> 8 | | | |
| <input type="checkbox"/> 9 | | | |
| <input type="checkbox"/> 10 | | | |
| <input type="checkbox"/> 11 | | | |
| <input type="checkbox"/> 12 | | | |
| <input type="checkbox"/> 13 | | | |
| <input type="checkbox"/> 14 | | | |
| <input type="checkbox"/> 15 | | | |
| <input type="checkbox"/> 16 | | | |
| <input type="checkbox"/> 17 | | | |
| <input type="checkbox"/> 18 | | | |
| <input type="checkbox"/> 19 | | | |
| <input type="checkbox"/> 20 | | | |