



REQUERIMENTO PARA DIAGNOSTICO



N° Rebanho: _____

Cliente: _____

Data da coleta: _____

Solicitação de análise para: (marque com "x")

BVD (Diarreia Viral Bovina)

Detecção de anticorpo

Identificação de PIs

IBR (Rinotraqueíte Infecciosa Bovina)

Teste de Prenhez

Tipo de amostra:

Amostra de leite do controle leiteiro

Amostra de leite do controle gestão da qualidade

Amostra de leite do tanque avulsa

Amostra individual de vaca

Cartilagem da orelha ou soro sanguíneo

Rebanho com vacinação? Não Sim

Data da vacinação: _____

Nome da vacina utilizada: _____

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Responsável pelas amostras: _____



REQUERIMENTO PARA DIAGNOSTICO



ANEXO

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Identificação da amostra	Data de Cobertura (Preencher Somente em Caso de Teste de Prenhez)

Responsável pelas amostras: _____