

Solicitud de análisis

Laboratorio de referencia de la OIE para *E. coli*
 Faculté de médecine vétérinaire
 Université de Montréal



Uso interno solamente	
No patología :	No de referencia/ Ref. Cliente
Fecha de recepción :	

Información general			
Veterinario		Propietario	
Nombre de la compañía		Nombre y dirección de la compañía	
Dirección de la compañía		Tel.	Fax
		Correo	
		Patólogos	
Tel.	Fax	Tel.	Fax
Correo		Correo	
Facturar a <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Propietario		Resultados a <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Patólogos	

Identificación de la muestra							
Origen de la muestra	Síndromes de la enfermedad						
Especie <input type="checkbox"/> Porcino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Avícola <input type="checkbox"/> Ovino <input type="checkbox"/> Caprino <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Otras, especifique	Edad _____ <table border="0"> <tr> <td> Diarrea <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Sanguinolentas <input type="checkbox"/> Otras, especifique </td> <td> Septicemia <input type="checkbox"/> Muerte súbita <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Inapetencia <input type="checkbox"/> Otras, especifique </td> <td> Morbilidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 % </td> <td> Mortalidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 % </td> <td> Antibióticos Tratamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Otros tratamientos, especifique </td> <td> Vacunación Colibacilosis neonatal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Colibacilosis post-destete <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no </td> </tr> </table>	Diarrea <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Sanguinolentas <input type="checkbox"/> Otras, especifique	Septicemia <input type="checkbox"/> Muerte súbita <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Inapetencia <input type="checkbox"/> Otras, especifique	Morbilidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 %	Mortalidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 %	Antibióticos Tratamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Otros tratamientos, especifique	Vacunación Colibacilosis neonatal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Colibacilosis post-destete <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Diarrea <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Sanguinolentas <input type="checkbox"/> Otras, especifique	Septicemia <input type="checkbox"/> Muerte súbita <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Inapetencia <input type="checkbox"/> Otras, especifique	Morbilidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 %	Mortalidad <input type="checkbox"/> 0-10 % <input type="checkbox"/> 10-30 % <input type="checkbox"/> + de 30 %	Antibióticos Tratamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Otros tratamientos, especifique	Vacunación Colibacilosis neonatal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Colibacilosis post-destete <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Identificación de la muestra				
ID del animal	Tipo de muestra (heces, tejido, hisopo, fluidos, cepa...)	Fecha de recogida de la muestra	Fecha de envío	
1				
2				
3				
4				

Análisis PCR de la muestra Patotipado	Análisis PCR de la cepa Virotipado: factores solicitados
<input type="checkbox"/> Porcino (diarrea) STa, STb, LT, Eae, F4(K88), F18 <input type="checkbox"/> Porcino (edemas) Stx2e(VT2e), F18 <input type="checkbox"/> Bovino STa, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2) <input type="checkbox"/> Bovino (gastroenteritis paralizante) CNF, P, Aero, Tsh, CS31a, F17, cvaC, iroN, iss, hlyF, ompT, kpsMTII <input type="checkbox"/> Avícola Aero, iroN, iss, hlyF, ompT, kpsMTII <input type="checkbox"/> Perros y Gatos (diarrea) STa, Eae, CNF, P <input type="checkbox"/> Perros y Gatos (tracto urinario) CNF, P, Aero <input type="checkbox"/> Perros (colitis granulomatosa) CNF, P, Aero, Tsh, iss, iroN, kpsMTII, iroA, malX, irp1, irp2, fepC, fyuA, chuA, usp <input type="checkbox"/> Conejos Eae, Paa	Todas las especies <input type="checkbox"/> Diarrea STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2) <input type="checkbox"/> Muestras extraintestinales STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2), CNF, P, Aero, Tsh <input type="checkbox"/> Adhesina fimbriales adicionales u otros factores especifique :
	Toxinas <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> STa <input type="checkbox"/> STb <input type="checkbox"/> Stx1(VT1) <input type="checkbox"/> Stx2(VT2) <input type="checkbox"/> Stx2e (VT2e) <input type="checkbox"/> CNF <input type="checkbox"/> EAST1 <input type="checkbox"/> Aerobactina <input type="checkbox"/> Tsh
	Fimbria / Adhesinas <input type="checkbox"/> F4(K88) subtipos <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> ac <input type="checkbox"/> ad <input type="checkbox"/> F5(K99) <input type="checkbox"/> F6(987P) <input type="checkbox"/> F41 <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> F17 <input type="checkbox"/> F18ab/ac(F107) <input type="checkbox"/> Eae (Intimine) <input type="checkbox"/> Paa <input type="checkbox"/> AIDA
	Avícola (perfil extendido) <input type="checkbox"/> Aero, iroN, iss, hlyF, ompT, Tsh, P, CNF, kpsMTII, hra, EAST1, cvaC, sitA, ireA, fyuA Contáctenos si desea detectar factores de virulencia adicionales
	Otros <input type="checkbox"/> Secuenciado del genoma completo (WGS) (Factores de virulencia, genes de resistencia, serotipo O :H, MLST, grupo filogenético, género y especie, árbol filogenético) <input type="checkbox"/> Grupo filogenético (PCR) <input type="checkbox"/> Otros, especifique

Este formulario debe acompañar las muestras. Para más información comuníquese con nosotros.

Laboratoire ECL, Service de Diagnostic, Réception des échantillons, 3220 Sicotte St, Saint-Hyacinthe (Québec) Canada, J2S 2M2
 T 450.773.8521 ext 49091

Quando se envían muestras al Servicio de Diagnóstico (SD) de la Facultad de Medicina Veterinaria (FMV), se da el consentimiento para cederlas a esta institución. Por la presente, doy mi consentimiento para que el SD pueda utilizar la información proporcionada en esta solicitud y los resultados que se derivan de esta para fines que incluyen investigación, desarrollo, estadísticas y educación. La información personal recopilada en este formulario será procesada de acuerdo con la Ley de Acceso a los documentos en poder de los organismos públicos y la Protección de la información personal (capítulo A-2.1).