



REMITENTE:

FECHA :

ESTABLECIMIENTO:

Marque con una cruz en el análisis solicitado

TIPO DE MUESTRA

Identificación (N° tambo, N° tanque, fecha u otra)

LECHE DE TANQUE

Células Somáticas

() () () () () ()

Conteo de bacterias totales (ufc/ml)

() () () () () ()

Cuenta de Termodúricas (ufc/ml)

() () () () () ()

Coliformes totales (ufc/ml)

() () () () () ()

Patógenos de mastitis

() () () () () ()

Identificación(N° tambo, N° tanque, fecha u otra) Indique si es pasteurizado o nó

CALOSTRO

() () () () () ()

LECHE DE TRANSICION

() () () () () ()

Identificación(N° tambo, fecha u otra) Indique si tanque o pozo

AGUA

Análisis bacteriológico

() () () () () ()

Identificación(N° tambo, N° tanque, fecha u otra)

ANTISEPTICO DE PEZONES

Determinación de Yodo disponible

() () () () () ()

Determinación de pH

() () () () () ()

Presencia de contaminación

() () () () () ()

Notas, comentarios u observaciones