

MOTIVO

CAMPAÑA
RECUPERACIÓN
VACIO SANITARIO
COMPRA VENTA
OTROS

ANEXO II

CAMPAÑA DE SANEAMIENTO BOVINO
IDENTIFICACION DE RES POSITIVA Y
CONDUCE DE TRASLADO

En cumplimiento del artículo -- de la orden MED / /20-- de ----- por la que se establecen las normas de control sanitario y desarrollo de las campañas de Saneamiento de la campaña bovina, ovina y caprina en Cantabria, el Veterinario Oficial/Autorizado, D..... autoriza el traslado del animal abajo reseñado al Matadero o Centro Sanitario autorizado para el sacrificio de animales de campaña de saneamiento, cuyo marcaje se produjo en fecha.....

TITULAR O REPRESENTANTE

--

LOCALIDAD

--

MUNICIPIO

--

CROTAL:

--

CEA

--

DATOS DEL TRANSPORTE

MATRÍCULA DEL VEHÍCULO:

NOMBRE DE CONDUCTOR DEL VEHÍCULO:

FECHA DEL TRASLADO:

ENFERMEDAD: TUBERCULOSIS ☐ BRUCELOSIS ☐ LEUCOSIS ☐ MICOPLASMOSIS ☐

RAZA: CAPA: EDAD: SEXO: APTITUD:

--	--

FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANE

Lugar:

Fecha:

Firmado:

FIRMA DEL VETERINARIO OFICIAL/AUTORIZADO

Lugar

Fecha:

Firmado:

ESTA AUTORIZACIÓN TIENE VALIDEZ DE CUARENTA Y OCHO HORAS.

El informe del centro de sacrificio o matadero autorizado figuran al dorso del presente documento.

INSPECCIÓN VETERINARIA POST-MORTEM

El Veterinario Oficial/Veterinario autorizado, abajo firmante, certifica que la res cuya fotografía e identificación se indican en el anverso, ha sido sacrificada el día y lugar que a continuación se señala

MATADERO AUTORIZADO/CENTRO SANITARIO/

Fecha de sacrificio.....

DATOS DE LA INSPECCION

El Veterinario Oficial/Veterinario autorizado, abajo firmante, informa sobre la presencia de las siguientes lesiones:

LESIONES TUBERCULOSIS (1)

<input type="checkbox"/> Ganglios retrofaríngeos	<input type="checkbox"/> Ganglios mandibulares
<input type="checkbox"/> Ganglio bronquial	<input type="checkbox"/> Ganglios mediastínicos
<input type="checkbox"/> Ganglios preescapular	<input type="checkbox"/> Ganglios retrohepático
<input type="checkbox"/> Ganglios supramamarios	<input type="checkbox"/> Ganglios mesentéricos
<input type="checkbox"/> Pulmón	<input type="checkbox"/> Hígado
<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Bazo
<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Peritoneo
<input type="checkbox"/> OTRAS :	

Observaciones.....
.....

LESIONES DE (2)

Observaciones.....
.....
.....
.....
.....
.....

EL VETERINARIO OFICIAL/ VETERINARIO AUTORIZADO

FDO.....

(1) Indicar localización de lesiones

(2) Indicar enfermedad