

Este insumo de apoyo le ayudará a registrar todos los tratamientos realizados a los animales (terapéuticos, metafilácticos y vacunas), y abordar los siguientes aspectos del Estándar:

**Tema ► Bienestar animal**

**Acciones ► 10**

**Principios ►** Disponer de un programa eficaz para la gestión sanitaria del rebaño.

**01** En la hoja "**Programa sanitario VACAS**" ingrese la información solicitada para registrar manejos preventivos (ej: vacunaciones o desparasitaciones) y tratamientos que involucren el uso de fármacos o tratamientos farmacológicos para las categorías animales: vacas en lactancia, secas y post parto.

En la hoja "**Programa sanitario OTROS**" ingrese la información solicitada para registrar manejos preventivos (ej: vacunaciones o desparasitaciones) y tratamientos que involucren el uso de fármacos o tratamientos farmacológicos para las categorías animales: terneros/as, vaquillas, novillos y toros.

En la hoja "**Programa sanitario DIIOs**" ingrese la información de los DIIOs de los animales de los Lotes ingresados en las hojas anteriores si corresponde.

Agregue filas al final si es requerido.

**\*Si su predio cuenta con la certificación PABCO vigente NO requiere llevar este registro.**

## Registro de programa sanitario

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| <b>Predio:</b> |  | <b>Año:</b> |  |
|----------------|--|-------------|--|

| Programa sanitario VACAS |             |                                                               |                           | Recomendaciones de llenado                                                                                                                      |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|--------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
|                          |             |                                                               |                           | *Indique el manejo sanitario preventivo y de todos los tratamientos realizados a las categorías animales: vacas en lactancia, secas o posparto. |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
| Fecha<br>dd-mm-aaaa      | DIIO o Lote | Categoría animal<br>(vacas en lactancia,<br>secas o posparto) | Motivo del<br>tratamiento | Nombre comercial<br>medicamento                                                                                                                 | Dosis<br>suministrada | Frecuencia de<br>administración | Duración<br>tratamiento<br>(días) | Tiempo de<br>carencia en<br>carne | Tiempo de<br>carencia en<br>leche | Fecha liberación<br>resguardo carne | Fecha liberación<br>resguardo leche | Fecha ingreso<br>ordeña leche |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |
|                          |             |                                                               |                           |                                                                                                                                                 |                       |                                 |                                   |                                   |                                   |                                     |                                     |                               |



| Programa sanitario OTROS |             |                                                                  | Recomendaciones de llenado                                                                                                                            |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|--------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|                          |             |                                                                  | *Indique el manejo sanitario preventivo y de todos los tratamientos realizados para las categorías animales: terneros/as, vaquillas, novillos, toros. |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
| Fecha<br>dd-mm-aaaa      | DIIO o Lote | Categoría animal<br>(terneros/as, vaquillas,<br>novillos, toros) | Motivo del tratamiento                                                                                                                                | Nombre comercial<br>medicamento | Dosis suministrada | Frecuencia de<br>administración | Duración tratamiento<br>(días) | Tiempo de<br>carencia en<br>carne |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |
|                          |             |                                                                  |                                                                                                                                                       |                                 |                    |                                 |                                |                                   |



