



## Programa de vigilancia sobre las pérdidas de colonias de abejas 2024-2025

### Visita 1 previa al periodo invernal

Visita llevada a cabo por\* : .....  
Fecha (DD/MM/AAAA) \* : ...../...../... Nº de Km. realizados para cubrir la visita (ida y vuelta) \* : .....  
Número total de colonias inspeccionadas (al azar) \* : .....  
Tiempo empleado para la visita (sin contar desplazamiento) \* : .....  
Identificación del apiario \* : ES.....- .....  
Nombre del colmenar (si lo hubiera) : .....

- Campos obligatorios están señalados con un asterisco \* y en negrita
- Los campos no obligatorios están señalados en color azul

## INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL APICULTOR Y EL APIARIO INSPECCIONADO:

### 1/ Apicultor

APPELLIDOS \* .....

Nombre \* .....

Dirección \* : .....

Código Postal \* : ..... Municipio \* : ..... Provincia \* : .....

Tel: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Identificación de la explotación (REGA) \* : ES.....

#### Apicultor\*:

- Profesional (la actividad apícola es la mayor fuente de ingresos, superior al 50%)
- Tiempo parcial (la actividad apícola es una fuente de ingresos inferior al 50 %)
- Aficionado

#### Edad del apicultor:

- Hasta 30 años
- 30 -45
- 45 – 65
- Más de 65

#### La persona es apicultor desde hace:

- Menos de 2 años
- 2 - 5 años
- Mas de 5 años

- ¿Es el apicultor miembro de alguna organización de apicultura nacional/regional?  Sí  No
- ¿Tiene alguna formación específica en la cría de abejas?  Sí  No
- ¿Ha recibido algún curso relacionada con la salud y/o cría de abejas en los 3 últimos años?  Sí  No
- ¿Piensa continuar con la actividad apícola durante más de 2 años?  Sí  No
- En caso negativo, ¿es probable que alguien se quede a cargo de su explotación?  Sí  No
- ¿Trata el colmenar contra enfermedades en coordinación y cooperación con otros apicultores vecinos?  Sí  No

Número total de colmenas que integran la explotación apícola \*: .....

Número total de apiarios que integran la explotación apícola \*: .....

## 2/ Apiario inspeccionado

Localización:

Código Postal \*: ..... Nombre del municipio/área/paraje/distrito \*: .....

Localidad (Provincia) \*: .....

GPS (6 decimales) \*: Latitud: ..... - Longitud: ..... (eg: 43.612454 -7.054878)

Fecha de instalación de las colmenas en el apiario \*: ..... Nº total de colonias en el apiario \*: .....

Trashumancia\*:  Sí  No

Si es "Sí", especificar todos los movimientos que se han producido durante 2023:

Fechas		MUNICIPIO*	PROVINCIA*	Floración objetivo de trashumancia <sup>1</sup>	Porcentaje de colonias que han trashumado (respecto del apiario inspeccionado)
INICIO*	FIN*				

<sup>1</sup> Acacia/ Alubias/ Castaño/Trébol/Brezo/Mielato/Lavanda /Limonero/Naranja/Frambuesa/Producción de semillas/ Huerto / Colza / Girasol /Otros (especificar)

Raza de las abejas: .....

Objetivo de producción:

- Miel
- Polen
- Jalea Real
- Reinas
- Enjambres
- Servicio de polinización
- Otros (especificar)

Introducción de reinas durante 2024 en el apiario\*:  Sí  NO

En caso afirmativo, especificar el país(es) de origen: .....

Introducción de abejas / enjambres durante 2024 en el apiario\*:  Sí  NO

En caso afirmativo, especificar el país(es) de origen: .....

Medio ambiente del apiario (en un radio de 3 Km.):

- Tierras de cultivo (secano, regadío), tipo: .....
- Huerto de árboles frutales, por favor especificar la especie: .....
- Flora natural silvestre

- Bosque
- Ciudad
- Industrias, autopistas, otros: .....

Estimación del número de apiarios en un radio de 3 km: .....

### 3/ Manejo del colmenar: acciones llevadas a cabo.

Especificar el manejo llevado a cabo durante 2024:

Fecha de estas acciones (MM/AAAA) \*: ...../.....

#### Objetivo de las acciones\*:

- Mantener el mismo número de colonias
- Incrementar el número de colonias
- Incrementar la producción
- Mejorar las condiciones de salud

#### Número de enjambres o colonias introducidos en este apiario:

- Comprados \*: ..... (Especificar el país(es) de origen \* .....) )
- Producidos por el apicultor \*: .....

#### Número de reinas (sólo la reina) introducidas en este apiario:

- Compradas \*: ..... (Especificar el país(es) de origen \* .....) )
- Producidas por el apicultor \*: .....

#### Número de colonias que han enjambrado o han sido divididas o unidas en este apiario:

- Divididas por el apicultor \*: .....
- Colonias que han enjambrado de forma natural \*: .....
- Colonias unidas \*: .....

### 4/Factor de riesgo de introducción de artrópodos exóticos: (marcar la casilla que proceda) \*:

- Importaciones de reinas (fuera de UE)      En caso afirmativo, especificar país(es) de origen \* .....
- Introducción de enjambres (fuera de UE)      En caso afirmativo, especificar país(es) de origen \* .....
- Proximidad a un Puerto internacional (menos de 10 Km.)
- Proximidad a un aeropuerto internacional (menos de 10 Km.)
- Otros (por favor, especificar)

.....

.....

## 5/Descripción de los trastornos de salud/enfermedades observadas en el apiario en los últimos 12 meses

Especificar las enfermedades y trastornos observados en los últimos 12 meses

Enfermedades / trastornos observados*	Descripción / enfermedad sospechada	% de colonias de abejas afectadas	Análisis laboratoriales <i>En caso afirmativo, marcar la casilla</i>	Resultados de los análisis	Tratamiento / Medidas sanitarias adoptadas
<input type="checkbox"/> Elevada tasa de mortalidad en las <b>colonias</b> de abejas (>10%)			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Elevada tasa de mortalidad en las <b>abejas</b>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Despoblamiento Crónico			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Síntomas clínicos en las abejas			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Síntomas clínicos en la cría			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Presencia de ácaros varroa en las abejas adultas			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Problemas de reinas			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Otros trastornos, por favor especificar			<input type="checkbox"/>		

## 6/Tratamientos llevados a cabo\*

¿Qué tipo de tratamientos se realizan? \*

Tratamientos químicos (tanto de síntesis como ecológicos)

Tratamientos basados en métodos biotécnicos de manejo (pj. Eliminación de cuadros de zángano, aislamiento de reinas, etc)

*Por favor, especificar los tratamientos realizados en los últimos doce meses*

Fechas de los tratamientos realizados (DD/MM/AA) *	Nombre comercial /métodos biotécnicos de manejo (1) *	Principio(s) activos (2) (ej. "amitraz", o nombre del método de manejo (pe. " retirada de cuadros de zángano, etc) *	Posología o cuantificación del tratamiento (ej. N° de tiras, nº de cuadros de zángano retirados) *	Duración del tratamiento (en días) *	Frecuencia (por meses) Ej: cada 6 meses, etc	¿Ha sido aplicado correctamente? * (valorado por el inspector)
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(1) En caso de tratarse de un método biotécnico de manejo, indicar en la casilla "método biotécnico".

(2) En caso de tratarse de un método biotécnico, especificar aquí el método: Por ejemplo "retirada de cuadros de zángano", etc

¿Existe un libro de explotación apícola en el que se registren los tratamientos? SÍ  NO

## 7/ Factor de riesgo de mortalidad por contacto con insecticidas tóxicos para las abejas \*

¿Ha observado este año una acumulación de abejas muertas en piquera en cuestión de pocos días durante alguna floración de interés apícola? \*

- Sí
- NO
- Indicar la floración.

- ¿Ha observado este año una pérdida de población de abeja o despoblamiento durante alguna floración de cultivos de interés apícola (almendros, cítricos, otros frutales, girasol, colza, otros...) o después de que las colmenas se hayan asentado en esos cultivos? \*

- Sí
- NO
- Indicar el cultivo y el momento

- ¿Ha tenido episodios similares en las anteriores temporadas? \*

- Sí
- NO
- Indicar años y floraciones

---

## INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LAS COLONIAS DE ABEJAS

### Número de colonias de abejas inspeccionadas:

- Colonias de abejas muestreadas al azar\* = .....
- Extracolias inspeccionadas\* = .....

Recordar: se eligen "y" colonias de abejas muestreadas al azar por apiario. Si el número de colonias en el apiario es inferior a "y", deben inspeccionarse todas las colonias.

### Síntomas y trastornos observados:

Por favor, completar la tabla descriptiva con:

- «1» = sí se ha observado un síntoma y/o trastorno,  
«0» = no se ha observado ningún síntoma y/o trastorno.

### Síntomas y trastornos observados:

Por favor, completar la tabla descriptiva con:

- «1» = sí se ha observado un síntoma y/o trastorno,  
«0» = no se ha observado ningún síntoma y/o trastorno.

#### Recordatorio de las muestras que hay que recoger:

- En la cría que presente síntomas: una pieza de 10 x 10 cm que contenga al menos de 10 a 15 celdas con síntomas, ninfas o larvas
- En abejas con síntomas: al menos 30 abejas que presenten síntomas (500 abejas en caso de sospecha por intoxicación)

Síntomas / trastornos	INVESTIGACIÓN DE LAS COLONIAS SELECCIONADAS AL AZAR												
NÚMERO DE COLMENA (el asignado al azar se mantendrá a lo largo de todo el estudio para evitar la pérdida de trazabilidad)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IDENTIFICACIÓN DE LA COLONIA (EN CAMPO) *													
Vigor de la colonia: Puntuar del 1 al 5 (1 muy débil a 5 muy fuerte) *													
<b>OBSERVACION(ES) EXTERNAS</b>													
Abejas muertas en frente de la colmena (piquera)													
Abejas arrastrándose, abejas aferradas a la hierba													
Restos de diarrea													
Abejas temblorosas													
Abejas negras que son rechazadas de la colmena													
Piquera ocupada													
Síntomas nerviosos, desorientación, con poco movimiento y nula agresividad													
<b>OBSERVACION(ES) INTERNAS</b>													
Aspecto de la cría salteada o en mosaico													
Larvas viscosas													
Olor específico de Loque Americana													
Cría desprendida													
Larvas de color amarillento a marrón													
Abejas con alas deformadas y/o atrofiadas													
Varroas foréticas													
Abejas muertas dentro de las celdillas													
Canibalismo sobre las larva o pupas													
Escarabajos foréticos, larvas o huevos inusuales													
Galerías/túneles excavados en los cuadros													
Cría y miel destruida													
Sospecha de ácaros atípicos													
Abejas muertas en el fondo de la colmena													
Síntomas nerviosos, desorientación, con poco movimiento y nula agresividad													
Hambre													
<b>COLONIA MUERTA</b> * .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOSPECHAS *</b>													
<b>Varroosis clínica (no es necesario confirmar en laboratorio).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loque Americana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loque Europea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nosemosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pequeño escarabajo de la colmena.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tropilaelaps</i> spp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intoxicación por fitosanitarios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros(especificar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas / trastornos	INVESTIGACIÓN SOBRE LAS COLONIAS CON SÍNTOMAS FUERA DE LA SELECCIÓN AL AZAR													
	NÚMERO DE COLMENA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IDENTIFICACIÓN DE LA COLONIA (EN CAMPO) *														
Vigor de la colonia: Puntuar del 1 al 5 (1 muy débil a 5 muy fuerte) *														
<b>OBSERVACION(ES) EXTERNAS</b>														
Abejas muertas en frente de la colmena (piquera)														
Abejas arrastrándose, abejas aferradas a la hierba														
Restos de diarrea														
Abejas temblorosas														
Abejas negras que son rechazadas de la colmena														
Piquera ocupada														
Síntomas nerviosos, desorientación, con poco movimiento y nula agresividad														
<b>OBSERVACION(ES) INTERNAS</b>														
Aspecto de la cría salteada o en mosaico														
Larvas viscosa														
Olor específico de Loque Americana														
Cría desprendida														
Larvas de color amarillento a marrón														
Abejas con alas deformadas y/o atrofiadas														
Varroas foréticos														
Abejas muertas dentro de las celdillas														
Canibalismo sobre las larva o pupas														
Escarabajos foréticos, larvas o huevos inusuales														
Galerías/túneles excavados en los cuadros														
Cría y miel destruida														
Sospecha de ácaros atípicos														
Abejas muertas en el fondo de la colmena														
Síntomas nerviosos, desorientación, con poco movimiento y nula agresividad														
Hambre														
<b>COLONIA MUERTA</b> * .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOSPECHAS*</b>														
<b>Varroosis clínica (no es necesario confirmar en laboratorio).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loque Americana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loque Europea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nosemosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pequeño escarabajo de la colmena.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tropilaelaps</i> spp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intoxicación por fitosanitarios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros(especificar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Programa de vigilancia sobre las pérdidas de colonias de abejas 2024-2025</i>														

## MUESTRAS SISTEMÁTICAS RECOGIDAS:

### Abejas sistemáticas (al menos 300 por muestra)

Si se muestrean abejas muertas porque la cantidad de abejas con síntomas no es suficiente se muestrearán por separado y se diferenciarán de las abejas vivas con síntomas

Identificación de las muestras:

**Identificación del apicultor/ A24 (para el OTOÑO 2024) / N° de la colmena (=del 01 al 13) / Matriz (SYS)**

Abreviaturas de la matriz: Abejas = **SYS1** (varroosis); Ej.: REGA/A24/07/SYS

**Observación:** si varios apiarios pertenecen al mismo apicultor, cada apiario se identificará añadiendo un 1/2/etc. delante del número de la colmena

Ej REGA /A24/107/SYS

REGA /A24/207/SYS

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Descripción de los síntomas (si existen)
ES _____ A24/____/SYS1		

## MUESTRAS SISTEMÁTICAS RECOGIDAS:

**Abejas sistemáticas (al menos 300 por muestra)**

Identificación de las muestras:

**Identificación del apicultor/ A24 (para el OTOÑO 2024) / N° de la colmena (=del 01 al 13) / matriz (SYS)**

Abreviaturas de la matriz: Abejas = **SYS1** (varroosis); Ej.: REGA/A24/07/SYS...

**Observación:** si varios apiarios pertenecen al mismo apicultor, cada apiario se identificará añadiendo un 1/2/etc. delante del número de la colmena

Ej REGA /A24/107/SYS1

REGA /A24/207/SYS1

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Descripción de los síntomas (si existen)
ES _____ A24/_____/SYS1		

Identificación de las muestras:

**Identificación del apicultor/ A24 (para el OTOÑO 2024) / Nº de la colmena (=del 01 al 13) / matriz (SYS)**

Abreviaturas de la matriz: Abejas = **SYS2** (nosema); Ej.: REGA/A24/07/SYS2...

**Observación:** si varios apiarios pertenecen al mismo apicultor, cada apiario se identificará añadiendo un 1/2/etc. delante del número de la colmena

Ej REGA /A24/107/SYS2

REGA /A24/207/SYS2

**MUESTRAS SISTEMÁTICAS RECOGIDAS:**

**Abejas sistemáticas (al menos 300 por muestra)**

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Descripción de los síntomas (si existen)
ES _____ A24/_____/SYS2		

1

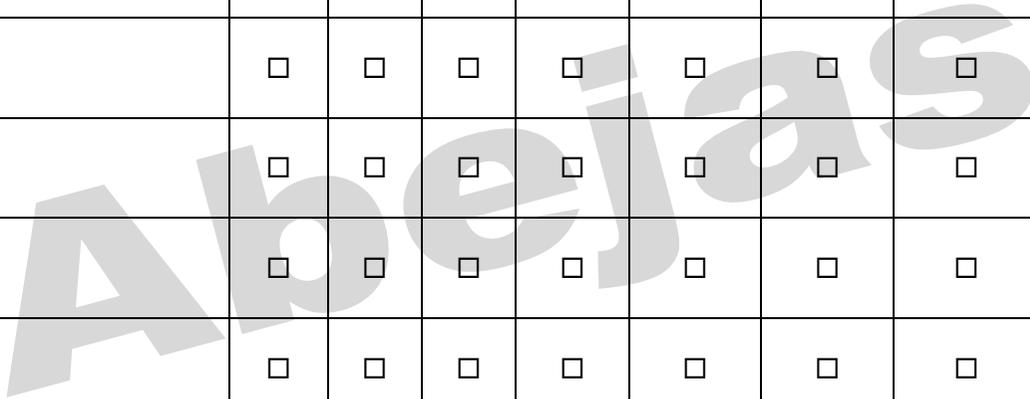
**MUESTRAS CON SÍNTOMAS:**

**Abejas con síntomas (al menos 30 por muestra)**

Si se muestrean abejas muertas porque la cantidad de abejas con síntomas no es suficiente se muestrearán por separado y se diferenciarán de las abejas vivas con síntomas

Identificación de las muestras:  
**Identificación del apicultor/ A24 (para el OTOÑO 2024) / Nº de la colmena (= 01 al 13) / matriz + Número**  
 Abreviaturas de la matriz: Abejas = HB; Cría = BR, Parásitos = PAR: POL=Panal con polen; EC: extracoloia  
 Ej.:Colonia al azarREGA/A24/07/HB1 Colonia fuera del muestreo al azar: REGA/A24/EC01/HB1  
**Observación:** si varios apiarios pertenecen al mismo apicultor, cada apiario se identificará añadiendo un 1/2/etc. delante del número de la colmena  
 Ej REGA /A24/107/HB1  
 REGA /A24/207/HB1

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Naturaleza de la muestra			Enfermedad sospechosa				
		Abejas vivas externas	Abejas vivas internas	Abejas muertas	VARROSI	NOSEMOSES	PARALISIS CRONICA	INTOXICACIÓN FITOSANITARIOS	OTROS ESPECIFICAR
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							



## Abejas con síntomas (al enos 30 por muestra)

Si se muestrean abejas muertas porque la cantidad de abejas con síntomas no es suficiente se muestrearán por separado y se diferenciarán de las abejas vivas con síntomas

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Naturaleza de la muestra			Enfermedad sospechosa				
		Abejas vivas externas	Abejas vivas internas	Abejas muertas	VARROSI	NOSEMOSES	PARALISIS CRONICA	INTOXICACIÓN FITOSANITARIOS	OTROS ESPECIFICAR
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							
ES _____ A24/____/HB__		<input type="checkbox"/>							

## Cría de abejas con síntomas

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Naturaleza de la muestra		Enfermedades sospechadas			
		Porción de cría (cuadro)	Larvas, ninfas, escamas ...	VARROOSIS	LOQUE AMERICANA	LOQUE EUROPEA	Especificar otras
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/BR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Parásitos sospechosos

Por favor, recoger muestras en el caso de cualquier observación sospechosa de parásitos (escarabajos de las colmenas o ácaros diferentes a varroa)

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Naturaleza de la muestra			Información complementaria (si fuera necesaria)
		Larva de escarabajo	Escarabajo	Ácaro	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/____/PAR__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Panales con miel/polen (análisis sospecha de intoxicación por pesticidas)**

Identificación de campo	Identificación interna de laboratorio	Naturaleza de la muestra			Información complementaria (si fuera necesaria)
		Panal de miel	Panal de polen	Panal miel y polen	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES _____ A24/___/POL_		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	