Alla c.a. Magazzino

Istituto Zooprofilattico Sperimentale

della Lombardia e dell’Emilia Romagna

Via A. Bianchi, 9

25124 BRESCIA

**La richiesta va compilata in tutte le sue parti, pena la non accettazione**

|  |
| --- |
| 1. **PARTE CHE DEVE ESSERE COMPILATA DAL MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE** | |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Indirizzo:** | |
| **N° e sigla provinciale di iscrizione all’albo:** | |
| **email:** **Tel.** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESTINATARIO DELLA FORNITURA** | |
| **Proprietario degli animali:** | |
| **Comune di:** | **Provincia:** |
| **Codice allevamento:** | |

|  |
| --- |
| **MOTIVAZIONE CHE GIUSTIFICA LA PRESCRIZIONE** |
| Mancata disponibilità di vaccini autorizzati con AIC |
| Fallimento terapeutico precedente o incompatibilità dei componenti del presidio farmaceutico con destinazione produttiva degli animali da trattare (1) |
| Prescrizione per presidi immunizzanti “altamente specifici” ottenuti da microrganismi presenti nel focolaio (varianti specifiche con scarsa affinità antigenica con ceppi presenti nei vaccini in commercio) (2) |
| Prescrizione per possibile diffusione di malattie infettive da focolaio primario ad altri allevamenti dello stesso territorio, per le quali è riconosciuta correlazione epidemiologica (2) |
| (1) Deve essere allegata prova documentale della segnalazione effettuata ai sensi della normativa vigente  (2) Specificare riferimento esami di laboratorio (accettazione o rapporto di prova) e/o genere e specie del patogeno di interesse |

|  |
| --- |
| **DATI PER LA PRODUZIONE DI:**  **Vaccino stabulogeno**  **Autovaccino** |
| **Vaccino Richiesto:**  **Adiuvante:**  **Specie di destinazione: Categoria:**  **Diagnosi clinica:**  **Diagnosi di laboratorio n°:**  **Invio Materiale con la ricetta**  **Piastra**  **Provetta con terreno semi/solido**  **Altro**  **Materiale già in possesso del Reparto Produzione Vaccini e Reagenti**  **(SERIE PRECEDENTE N. )** |
| **Dosi richieste:**  **1° intervento**  **2° intervento (richiamo)** |

Con la presente chiedo che la Sezione Diagnostica di provveda a inoltrare tale richiesta presso il Magazzino della sede di Brescia.

Si richiede inoltre che il vaccino sia temporaneamente depositato presso:

|  |  |
| --- | --- |
| La Sezione Diagnostica di | Per eventuali comunicazioni |
| Il magazzino centrale della Sede di Brescia. | Nome:  Tel. |

In Fede

Lì, Data

Il veterinario richiedente………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **PARTE RISERVATA AL PERSONALE DEL RAPARTO PRODUZIONE VACCINI E REAGENTI** |

Data accettazione………………………………………Operatore……………………….