

PARTE RISERVATA AL LABORATORIO

DATA.....ORA.....SEDE..... **OP. ACCETTAZIONE -----**
CONFERIMENTO/ACCETTAZIONE **(Sigla)**

Solo Consegna **Sede Luogo** **Corriere Data** **ad AL IZSLER**

REGISTRAZIONE **N°CONFERIMENTO**

(Sigla Op. e DATA)

➤ **STATO DEL CAMPIONE** **Refrigerato** **Congelato** **T. Ambiente**

➤ **DA COMPILARE DA PARTE DEL RICHIEDENTE**

<p style="text-align: center;">DATI CLIENTE/RICHIEDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Veterinario Destinatario di fattura <input type="checkbox"/> oppure ➔</p>	<p style="text-align: center;">DATI PER LA FATTURAZIONE</p> <p><small>(se no convenzione O se diverso da contraente convenzione)</small></p>
O SE CODICE CONTATTO (da PG 00/019C) indicare solo i dati mancanti	
<input type="checkbox"/> Codice Contatto <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> FIGLIO	<input type="checkbox"/> Codice Contatto
... <input type="checkbox"/> Codice ALLEVIX	
<input type="checkbox"/> VETERINARIO - <input type="checkbox"/> Codice Contatto	<input type="checkbox"/> Cliente Convenzionato
Nome Cognome	<i>DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE</i>
INDIRIZZO	<i>INDIRIZZO</i>
COMUNE CAP PROV	<i>COMUNE CAP PROV</i>
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	<i>PARTITA IVA/CODICE FISCALE</i>
RECAPITO TELEFONICO	<i>RECAPITO TELEFONICO</i>
Consegna RDP SE DIVERSO DA VIA WEB	PEC per FATTURAZIONE <input type="checkbox"/> <i>da PG 00/019 C</i>
<input type="checkbox"/> ritiro presso il Lab. <input type="checkbox"/> spedizione <input type="checkbox"/> email <i>EMAIL PER RDP</i>	EMAIL PER RDP <input type="checkbox"/> <i>da PG 00/019 C</i>
DESTINATARIO RDP <input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Altro

DETTAGLI TECNICI DEL CONFERIMENTO

PRELIEVO	<i>Data</i>	<i>Luogo</i>
	<i>Ora (se necessaria)</i>	<i>Finalità</i>

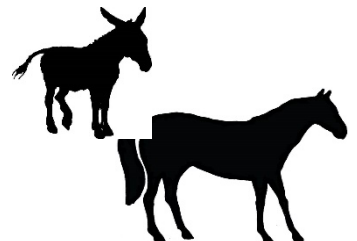
TOTALE CAMPIONI CONFERITI **SI ALLEGA IDENTIFICATIVO (se pertinente)**

NUMERO / IDENTIFICATIVO CAMPIONI CONFERITI (se pertinente)

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7..	8.

MATRICE / MATERIALE _____ _____ _____ _____

DATI INDIVIDUALI SPECIE _____ FEMMINA
ETÀ _____ MASCHIO
 CASTRONE



DATI ALLEVAMENTO CONSISTENZA CAPI _____

ANAMNESI

• MORBILITÀ _____ • MORTALITÀ _____

• N° SOGGETTI PRESENTI IN CATEGORIA INTERESSATA AL PROBLEMA _____

SEGNI CLINICI Nervosi Respiratori Enterici Apparato Riproduttivo

TRATTAMENTI _____

VACCINAZIONI _____

PROVE RICHIESTE

La scelta del metodo ove non espressa (id. IZSLER e/o TECNICA) si intende demandata al laboratorio

Il sottoscritto AUTORIZZA il laboratorio agli accertamenti del caso non valutabili in fase di conferimento con un limite massimo di spesa di Euro _____

ESAME ANATOMOPATOLOGICO **ESAME ISTOLOGICO** PG 00/ 019 T (Scheda Neoformazione)

ESAME BATTERIOLOGICO

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiogramma | <input type="checkbox"/> Tipizzazione ceppo | <input type="checkbox"/> Conservare ceppo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <i>App. digerente</i> | <input type="checkbox"/> <i>E. coli</i> | <input type="checkbox"/> Salmonella | <input type="checkbox"/> Clostridium |
| | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <i>App. respiratorio</i> | <input type="checkbox"/> <i>P. multocida</i> | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus equi</i> | <input type="checkbox"/> <i>Rhodococcus equi</i> |
| | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <i>App. genitale</i> | <input type="checkbox"/> <i>Taylorella equigenitalis</i> | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <i>Varie</i> | <input type="checkbox"/> Dermatofiti | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

ESAME DIAGNOSTICA MOLECOLARE (PCR)

- | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> West Nile | <input type="checkbox"/> Arterite equina | <input type="checkbox"/> Herpesvirus | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

ESAME VIROLOGICO

- | | | | |
|--------------------|--|--|--|
| specificare | <input type="checkbox"/> Coltura cellulare | <input type="checkbox"/> Microscopia elettronica | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Herpesvirus | <input type="checkbox"/> Rota / Coronavirus | <input type="checkbox"/> Arterite equina |
| | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

ESAME PARASSITOLOGICO -----

ESAME SIEROLOGICO

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia Infettiva equina | <input type="checkbox"/> Arterite virale | <input type="checkbox"/> Ehrlichiosi/Anaplasma | <input type="checkbox"/> Influenza equina |
| <input type="checkbox"/> Leptospira | <input type="checkbox"/> Morbo coitale maligno | <input type="checkbox"/> Morva | <input type="checkbox"/> Piroplasmosi |
| <input type="checkbox"/> Rino polmonite equina EHV 1 | <input type="checkbox"/> Rino polmonite equina EHV 4 | <input type="checkbox"/> West Nile | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

- ALTRO** _____ _____ _____
- ALTRO** _____ _____ _____

ALTRE RICHIESTE- ELEMENTI DEL RIESAME DEL CONTRATTO (scostamenti al ricevimento; richiesta dichiarazione di conformità e relativa definizione; richiesta restituzione del campione; altro)

Campione oggetto di azione/controversia legale

➤ **L'INSOLVENZA NON SANATA ENTRO I TEMPI TECNICI DELL'ESAME COMPORTA L'ELIMINAZIONE DEL CAMPIONE**

DATA →

IL RICHIEDENTE →

Firma leggibile O Timbro

La sottoscrizione del presente documento ha anche valore di CONSENSO, ai sensi dell' art. 13 del GDPR, al trattamento dei dati personali raccolti per le finalità connesse al servizio. Le modalità di trattamento e conservazione sono pubblicate sul sito IZSLER al link https://gestione.izsler.it/izs_bs/allegati/43/InformativaUtenti.pdf. e disponibili in stampa, su richiesta, presso le Accettazioni IZSLER

EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI ACQUISITE POST CONFERIMENTO

Data e ora comunicazione _____ Op. _____
 Mittente comunicazione _____
 Oggetto comunicazione _____