

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

**A- PARTE CHE DEVE ESSERE COMPILATA DAL MEDICO VETERINARIO
PRESCRITTORE**

MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE

Cognome: _____ **Nome:** _____
Indirizzo: _____
N° e sigla provinciale di iscrizione all'albo: _____ **Tel.** _____
email: _____

DESTINATARIO DELLA FORNITURA

Proprietario degli animali: _____ **Provincia:** _____
Comune di: _____
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

