

ACCETTAZIONE ANIMALI D'AFFEZIONE

N.Reg. IZSLT: _____
Data: ____/____/____
N. Convenzione: _____

RICHIEDENTE

AMB.VET/VETERINARIO.....
VIA.....
COMUNE.....
PROVINCIA.....CAP.....
P.I./C.F.....
TELEFONO.....FAX.....
EMAIL.....

PROPRIETARIO

NOME E COGNOME.....
VIA.....
COMUNE.....
PROVINCIA.....CAP.....
C.F./P.I.
TELEFONO.....FAX.....
EMAIL.....

DATI ANIMALE		☐ CANE	☐ GATTO	☐ ALTRO _____	N. SOGGETTI _____	
1. IDENTIFICATIVO.....	RAZZA.....	ETA'...	SESSO	F ☐ ...M ☐		
2. IDENTIFICATIVO.....	RAZZA.....	ETA'...	SESSO	F ☐ ...M ☐		
3. IDENTIFICATIVO.....	RAZZA.....	ETA'...	SESSO	F ☐ ...M ☐		
4. IDENTIFICATIVO.....	RAZZA.....	ETA'...	SESSO	F ☐ ...M ☐		
5. IDENTIFICATIVO.....	RAZZA.....	ETA'...	SESSO	F ☐ ...M ☐		

CAMPIONE:

DATA PRELIEVO ____/____/____

☐ SANGUE CON ANTICOAGULANTE (☐ EDTA ☐ LITIO EPARINA ☐ SODIO CITRATO)
☐ SANGUE/SIERO

ANAMNESI: _____

Per conoscere le tariffe e le modalità di pagamento visita la pagina del sito dedicata:

<http://www.izslt.it/tariffario-e-pagamenti/>

REFERTO DISPONIBILE SU SIEV PER I CLIENTI REGISTRATI OPPURE ONLINE ALL'INDIRIZZO <http://referti.izslt.it> UTILIZZANDO LE CREDENZIALI DI ACCESSO FORNITE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

ACCETTAZIONE ANIMALI D'AFFEZIONE

N.Reg. IZSLT: _____
Data: ____/____/____
N. Convenzione: _____

■ ESAMI RICHIESTI

SIERO

Diagnosi sierologica malattie batteriche, parassitarie, virali

☐ Anaplasma phagocytophilum ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Babesia gibboni ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Dirofilaria immitis <i>Elisa antigena</i>	☐ Cimurro-SN
☐ Leptospirosi cani/felidi – <i>Microagg. in campo oscuro</i>	☐ Borrelia burgdorferi ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Ehrlichia canis ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Rabbia-Dosaggio anticorpi- vedi modulo specifico
☐ Babesia canis ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Brucella canis - <i>Sieroagglutinazione rapida</i>	☐ Leishmania infantum – ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Leucosi virale (Felv) - <i>Elisa vir</i>
☐ Neospora caninum ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM ☐ Elisa	☐ Rickettsia conorii ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	Toxoplasma gondii – ☐ Sieroagglutinazione lenta ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM ☐ Elisa	☐ Immunodeficienza virale felina (Fiv)- <i>Elisa</i>
☐ Herpesvirus canino ☐ IFI – IgG ☐ IFI – IgM	☐ Morbo d'Aujeszky <i>Elisa sier GE delecto</i>	☐ Coronavirus(Fip)- <i>IFI</i>	☐ Tripanosoma evansi- <i>Sieroagglutinazione</i>

Ormoni ☐ 17 Beta-estradiolo ☐ Cortisolo ☐ Progesterone ☐ Testosterone ☐ TSHC
☐ T3 ☐ T4 ☐ FT3 ☐ FT4

Profilo metabolico e altro

☐ Acidi biliari	☐ Colinesterasi	☐ AST	☐ Colesterolo	☐ Fosfatasi alcalina	☐ Bilirubina diretta	☐ Radicali liberi
☐ Acido urico	☐ Nefa	☐ Creatinina	☐ LDH	☐ Fosforo inorganico	☐ Bilirubina totale	☐ Sodio
☐ Albumina	☐ Antiossidanti totali	☐ Calcio	☐ Lisozima	☐ GGT	☐ Proteine totali	☐ Trigliceridi
☐ ALT	☐ Aptoglobina	☐ CK	☐ Lipasi	☐ Glucosio	☐ Protidogramma	Allergeni ☐ Ambientali ☐ Alimentari ☐ Panel completo
☐ Amilasi	☐ Azoto ureico	☐ Cloro	☐ Ferro	☐ Magnesio	☐ Potassio	

- ☐ **Profilo di base** (AST-ALT-Azoto ureico-Creatinina - Proteine totali - Protidogramma)
- ☐ **Profilo epatico** (AST-ALT-GGT-Fosfatasi alcalina-Bilirubina totale-Bilirubina diretta)
- ☐ **Profilo renale** (Azoto ureico-Creatinina -Potassio-Sodio-Fosforo)
- ☐ **Profilo pancreatico** (Amilasi-Lipasi-Proteine totali-Trigliceridi-Glucosio)
- ☐ **Profilo muscolare** (AST-CPK-LDH-Glucosio)

MOD 36 rev.1 del 26/06/2020 –Accettazione animali d'affezione – sangue/siero

La versione aggiornata del presente modulo è quella disponibile sul sito www.izslt.it

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento, da parte dell'Istituto, della propria attività istituzionale, nel rispetto della vigente normativa privacy (Regolamento 2016/679/UE)

ACCETTAZIONE ANIMALI D'AFFEZIONE

N.Reg. IZSLT: _____
 Data: ____/____/_____
 N. Convenzione: _____

SANGUE CON ANTICOAGULANTE Emocromo ed altre prove ematologiche

☐ Emocromo-Contaglobuli autom.(preferibilmente EDTA)	☐ Emocromo con formula-(preferibilmente EDTA)	☐ Gruppo sanguigno (preferibilmente EDTA)	☐ Profilo coagulativo (Fibrinogeno Tempo di protrombina Tempo di Tromboplastina
☐ Formula Leucocitaria- Esame microscopico	☐ CD4+/CD8+ - Citofluorimetrica (esclusivamente EDTA)	☐ VES-(esclusivamente Sodio Citrato 1:5-provetta apposita)	parziale(APTT) -esclusivamente Sodio Citrato 1:10-provetta apposita

DATA/...../..... FIRMA RICHIEDENTE _____