Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana

DIREZIONE OPERATIVA DIAGNOSTICA GENERALE
CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE PER L'ANTIBIOTICORESISTENZA
(National Reference Laboratory for Antimicrobial Resistance, Reg. 882/2004/EC)

Richiedente **Dott.**_____ **Via** _____ **n.** _____ **Comune** _____ **Prov.** _____ **Tel.** __/_____ (**Fax** __/_____ **Convenzione n.**(ove esistente)_____) (email: _____ @_____)	***A cura IZSLT*** *N. Registrazione/anno* _____ *Data Accettazione* _____ *Ora Accettazione* _____ *Firma operatore* _____

ACCETTAZIONE PER AGENTI PATOGENI BATTERICI, MICOTICI, PROTOZOARI

Si accettano N.	Campione/i di	Specie	
Data prelievo: ___/___/_____ Temp. Consegna (**A**mbiente, **R**efrigerato, **C**ongelato) **A R C**	Proprietario: Nome:_____ Cognome_____		
Via_____n. .___	Comune	Provincia	
Cod. Azienda (ove previsto): _____	Tel. (campo non obbligatorio) _____	FAX (campo non obbligatorio) _____	

PROVE RICHIESTE

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Anamnesi (se necessario, allegare ulteriori informazioni):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Trattamenti antimicrobici recenti No
Si (specialità o farmaco, durata in gg., data ultimo trattamento)
.....
.....

Sospetto o DD:
.....
.....

Data ____/____/_____ Firma richiedente