

ACCETTAZIONE ESAME ANATOMO - PATOLOGICO 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 FISC/P.I.
TELEFONO.....FAX.....
EMAIL.....

DATI ANIMALE

SPECIE: CANE GATTO CONIGLIO ALTRO RAZZA:
IDENTIFICATIVO: ETÁ SESSO: M F

TIPO CAMPIONE

CARCASSA ALTRO
CONSERVAZIONE PRIMA DELLA CONSEGNA: TEMPERATURA AMBIENTE REFRIGERATO CONGELATO

ANAMNESI:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
VACCINAZIONI:.....
TRATTAMENTI EFFETTUATI:
.....
.....
SOSPETTO CLINICO:

FATTURARE A: RICHIEDENTE PROPRIETARIO ALTRO.....

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

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

ACCETTAZIONE ESAME ANATOMO - PATOLOGICO ANIMALI D'AFFEZIONE

N.Reg. IZSLT: _____

Data: ____/____/____

N. Convenzione: _____

■ ESAMI RICHIESTI

		da tariffario corrente
AC 01	ESAME ANATOMO-PATOLOGICO	<input type="checkbox"/>
COD 14	AGENTI BATTERICI PATOGENI	<input type="checkbox"/>
COD 14	ESAME ISTOLOGICO	<input type="checkbox"/>
COD 13	PARVOVIRUS – PCR	<input type="checkbox"/>
	ALTRO.....	<input type="checkbox"/>

Al termine dell'esame autoptico si procede allo smaltimento dell'animale mediante incenerimento il cui costo è addebitato in base al peso. Qualora si desideri la restituzione delle ceneri dopo incenerimento singolo dell'animale si prega barrare la sottostante casella

PARTE RISERVATA ALL'ACCETTAZIONE

COD 10	SMALTIMENTO CARCASSA FINO A KG 15	<input type="checkbox"/>
COD 13	SMALTIMENTO CARCASSA FINO A KG 30	<input type="checkbox"/>
COD 15	SMALTIMENTO CARCASSA OLTRE KG 30	<input type="checkbox"/>

ULTERIORI ESAMI CONCORDATI CON IL CLIENTE A SEGUITO ESAME ANATOMO - PATOLOGICO

COD 14	AGENTI BATTERICI PATOGENI	<input type="checkbox"/>
COD 14	ESAME ISTOLOGICO	<input type="checkbox"/>
COD 15	PARTICELLE VIRALI – M.E. ULTRACENTRIFUGAZIONE	<input type="checkbox"/>
COD 13	PARVOVIRUS– PCR	<input type="checkbox"/>
COD 14	CIMURRO – IMMUNOISTOCHEMICA	<input type="checkbox"/>
COD 14	LEPTOSPIRA SPP – PCR	<input type="checkbox"/>
COD 7	ENTEROPARASSITI	<input type="checkbox"/>
COD 11	GIARDIA	<input type="checkbox"/>
COD 14	FIP (CORONAVIRUS FELINO)	<input type="checkbox"/>
	ALTRO.....	<input type="checkbox"/>

DATA ____/____/____ FIRMA VETERINARIO IZS RESPONSABILE DELLA PROVA

Nota per il cliente: gli esami vengono eseguiti solo a seguito dell'avvenuto pagamento.

Per tutte le modalità di pagamento consultare la pagina "[Tariffario e Pagamenti](#)"

Si prega di riportare nella causale la denominazione della prova richiesta