



**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**

- |                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| <b>specificare</b> | <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](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 \_\_\_\_\_