

**MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO**

MOD.N.	40PB002	EDIZ./REV.	01/00	LABORATORIO:
PGS N°	20PB001	PAGINA 1 DI 2		DATA: 26/10/2015

**Modulo da compilare a cura del Medico Veterinario curante in forma di ricetta non ripetibile in semplice copia (art.4, comma 1, decreto del Ministero della Sanità del 17 Marzo 1994)**

IL VETERINARIO RICHIEDENTE	RICHIESTA DI PREPARAZIONE:
<b>TIMBRO</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUTOVACCINO</b> Compilare Riquadro 1
N° TEL. CELLULARE.....	<input type="checkbox"/> <b>VACCINO STABULOGENO</b> Compilare Riquadro 2
E-MAIL.....	<input type="checkbox"/> <b>Replica VACCINO STABULOGENO</b> Compilare Riquadro 3

PROPRIETARIO: Cognome.....Nome.....

INDIRIZZO: Via ..... n°.....

COMUNE:.....PROVINCIA:.....

RECAPITI TELEFONICI: .....CELLULARE.....

CODICE AZIENDA 

--	--	--	--	--	--	--	--

PARTITA IVA:.....CODICE FISCALE:.....

Riquadro 1

AUTOVACCINO .....

IDENTIFICATIVO CAPO / ANIMALE a cui è destinata la preparazione.....

MATRICE CAMPIONE.....

Riquadro 2

VACCINO STABULOGENO .....

SPECIE ANIMALE a cui e' destinata la preparazione:.....

NUMERO CAPI DA TRATTARE:.....NUMERO DOSI:.....

Riquadro 3

VACCINO STABULOGENO - **Replica LOTTO VACCINALE** .....

ex LOTTO VACCINALE.....ex ACCETTAZIONE n°.....

NUMERO CAPI DA TRATTARE:.....NUMERO DOSI:.....

**MOTIVAZIONE CHE GIUSTIFICA LA PRESCRIZIONE**, (a cura del Medico Veterinario prescrittore, ex nota Ministeriale n. del ):

- Precedente fallimento terapeutico o incompatibilità dei componenti del presidio farmaceutico usato negli animali oggetto del trattamento** <sup>(1)</sup>: .....
- Mancata disponibilità di vaccini autorizzati AIC.**
- Prescrizione altamente specifica per presidi immunizzanti ottenuti da microrganismi presenti nel focolaio (varianti con affinità antigenica maggiore rispetto ai vaccini commerciali)** <sup>(2)</sup>:

**Microrganismo patogeno di interesse:** .....

- Prescrizione per presidi che limitino la possibilità di diffusione della malattia dal focolaio primario verso altri allevamenti dello stesso territorio e in cui sia riconosciuta la correlazione epidemiologica.**

<sup>(1)</sup> - citare la segnalazione effettuata, ai sensi della normativa vigente.

<sup>(2)</sup> - specificare gli esami di laboratorio / accettaz. indicando il patogeno di interesse

DATA:.....

FIRMA DEL VETERINARIO

**MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO**

MOD.N.	40PB002	EDIZ./REV.	01/00	LABORATORIO:
PGS N°	20PB001	PAGINA 2 DI 2		DATA: 26/10/2015

**Informazioni per il RITIRO**

**LA PREPARAZIONE VACCINALE DOVRA' ESSERE CONSEGNATA PRESSO:**

il Lab. Produzione Presidi Immunizzanti - SEDE DI TORINO

la SEZIONE DI .....

**DELEGA per la consegna della preparazione vaccinale** (qualora non sia ritirata dal Veterinario prescrittore)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a ..... il ..... residente a .....

**DELEGA**

il Sig./laSig.ra ..... nato/a a ..... il .....

**al ritiro della preparazione vaccinale di cui alla presente prescrizione.**

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**N.B. La prerazione vaccinale potrà essere consegnata esclusivamente a persona maggiorenne la quale, all'atto del ritiro, dovrà esibire un proprio documento di identità valido.**

DATA E LUOGO

.....

TIMBRO e FIRMA DEL VETERINARIO (delegante)