

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 TIMBRO N° TEL. CELLULARE..... E-MAIL.....	RICHIESTA DI PREPARAZIONE: <input type="checkbox"/> AUTOVACCINO Compilare Riquadro 1 <input type="checkbox"/> VACCINO STABULOGENO Compilare Riquadro 2 <input type="checkbox"/> Replica VACCINO STABULOGENO 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** ⁽¹⁾:
- 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)** ⁽²⁾:

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.**

⁽¹⁾ - citare la segnalazione effettuata, ai sensi della normativa vigente.

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

DATA:.....

FIRMA DEL VETERINARIO

Informazioni per il RITIRO

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

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)

COPIA CONTROLLATA