

MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO

MOD.N°	40IZ509	ED/REV	00/00	STRUTTURA/UO:
PGS N°	20IZ194	PAGINA 1 DI 2		DATA: 25/10/2024

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 TELEFONCI:CELLULARE.....
CODICE AZIENDA

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

 E-MAIL.....
PARTITA IVA:.....CODICE FISCALE:.....

Riquadro 1
AUTOVACCINO
IDENTIFICATIVO CAPO / ANIMALE a cui è destinata la preparazione.....
MATRICE CAMPIONE.....

Riquadro 2
VACCINO STABULOGENON° Accettazione Diagnostica Sede/Sezioni.....
SPECIE ANIMALE a cui e' destinata la preparazione:.....
NUMERO CAPI DA TRATTARE:.....NUMERO DOSI:.....
CONFEZIONAMENTO : MONODOSE FLACONE 50 mL FLACONE 100 mL

Riquadro 3
VACCINO STABULOGENO - **Replica LOTTO VACCINALE**
ex LOTTO VACCINALE.....ex ACCETTAZIONE n°.....
NUMERO CAPI DA TRATTARE:.....NUMERO DOSI:.....
CONFEZIONAMENTO : MONODOSE FLACONE 50 mL FLACONE 100 mL

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

Dati per accettazione (da compilare a cura del laboratorio PRODUTTORE)

Quesito diagnostico: **PVSAV**

MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO

MOD.N°	40IZ509	ED/REV	00/00	STRUTTURA/UO:
PGS N°	20IZ194	PAGINA 2 DI 2		DATA: 25/10/2024

Tipo Campione: **CBATT** **BIOPSIA / PAPILOMA LIKE**

Numero campioni:

N° ACCETTAZIONE Diagnostica Sede/Sezioni:

Codice SIGLA:

- Vaccino Stabulogeno Colibacillosi Bovino **VACCB** **VACCB1** VACCB2
- Autovaccino Papillomatosi dei bovini AVCPPB2
- Autovaccino Papillomatosi degli equidi AVCPPE2
- Autovaccino Piodermite del cane **AVCPDC2**
- Vaccino Stabulogeno Lactococcosi ittica **VACLCI**
- Autovaccino/Vaccino Stabulogeno **AUTOVAC** AUTOVAC1 AUTOVAC2
-

NOTE:.....

Informazioni per il RITIRO

LA PREPARAZIONE VACCINALE DOVRA' ESSERE CONSEGNATA PRESSO:

il Lab. Presidi Immuno-Diagnostici - 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./la Sig.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 preparazione 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)

.....