

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)

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

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

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)