



Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
Dipartimento di Scienze Mediche Veterinarie

Allegato 1
Modulo di accompagnamento campioni

Pag. 1 di 1

SOP MTSPV PAR/MIC 01
Gestione dei campioni inviati presso i laboratori di
Parassitologia e Micologia

Rev. 2

LABORATORI DI PARASSITOLOGIA E MICOLOGIA

(DA COMPILARSI A CURA DEL COMMITTENTE)

PROPRIETARIO/COMMITTENTE.....
 COD. FISC.....INDIRIZZO.....
 TEL.....FAX.....e-mail.....
 VETERINARIO CURANTE.....
 TEL.....FAX.....e-mail.....

CAMPIONE INVIATO:	1. ESAME RICHIESTO (codice tariffario)
<input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Raschiato cutaneo <input type="checkbox"/> Spazzola (prelievo di pelo) <input type="checkbox"/> Tampone cutaneo <input type="checkbox"/> Tampone auricolare <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone congiuntivale <input type="checkbox"/> Tampone rinofaringeo <input type="checkbox"/> Tampone rettale <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Puntato midollare o linfonodale <input type="checkbox"/> Parassiti <input type="checkbox"/> Colture fungine <input type="checkbox"/> Organi (specificare)..... <input type="checkbox"/> Sabbia, compost, erba, altro ambiente (specificare)..... Altro (specificare)..... <u>Altri dati sul campione:</u> <input type="checkbox"/> Luogo di prelievo se feci (cassetta, giardino, pavimento)..... <input type="checkbox"/> Giorno di prelievo..... <input type="checkbox"/> Esami precedenti (si, no)..... <input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> PAR coprologico qualitativo (002086) <input type="checkbox"/> PAR coprologico quali-quantitativo (002087) <input type="checkbox"/> PAR coprologico per SBP (qualitativo+Baermann) (002088) <input type="checkbox"/> PAR coprocultura per SGI (identificazione L3) (002089) <input type="checkbox"/> PAR coprologico per Giardia (002090) <input type="checkbox"/> PAR coprologico per Criptosporidium (002091) <input type="checkbox"/> PAR coprocultura per identificazione coccidi (002092) <input type="checkbox"/> PAR coprologico per ricerca trematodi (002093) <input type="checkbox"/> PAR identificazione parassiti (a campione) (002094) <input type="checkbox"/> PAR isolamento e identificaz. parassiti da organi (002095) <input type="checkbox"/> PAR ricerca parassiti nel terreno (002097) <input type="checkbox"/> PAR Ricerca microfilarie a fresco + arricchimento (002096) <input type="checkbox"/> MIC striscio parassiti ematici (002083) <input type="checkbox"/> MIC PCR per piroplasmii (002084) <input type="checkbox"/> MIC PCR + sequenziamento per piroplasmii (002085) <input type="checkbox"/> MIC microscopico croste e peli (dermatofiti e ectoparassiti) (002075) <input type="checkbox"/> MIC microscopico miceti in materiale patologico (002076) <input type="checkbox"/> MIC colturale per dermatofiti (raschiati cutanei o spazzola) (002077) <input type="checkbox"/> MIC colturale per miceti (da altro materiale patologico) (002078) <input type="checkbox"/> MIC microscopico su colture fungine (identificazione) (002079) <input type="checkbox"/> MIC identificazione muffe (morfologico e colturale) (002080) <input type="checkbox"/> MIC identificazione lieviti (002081) <input type="checkbox"/> MIC ricerca miceti da mangimi (con conteggio UFC/g) (002082) <input type="checkbox"/> Test in vitro su Dermamyssus (002675)

Specie animale Cane Gatto Bovino Cavallo Pecora Altro

Ambiente (specificare).....

Altri dati sull'animale: Razza.....Sesso.....Eta'.....Nome.....

Motivo dell'invio: Controllo di routine Sospetto clinico (specificare).....
 Controllo post terapia Altro (specificare).....

Sintomi / eventuali terapie effettuate.....

Comune o provincia in cui dimora l'animale.....Ambiente Urbano Ambiente Rurale

Convivenza con altri animali No Si Quali.....

Presenza di lesioni sui proprietari No Si

Altro (specificare).....

Campione consegnato da (specificare se proprietario o veterinario).....

DATA.....FIRMA.....

Sottoscrivendo il presente modulo acconsento al trattamento dei dati personali nel rispetto del D. Lgs. 101/2018

(DA COMPILARSI A CURA DEL LABORATORIO)

NUMERO DI ACCETTAZIONE F.....n.r.l.....