

Codice a barre



A cura del laboratorio For lab use only

Codice a barre
Barcode

Notes

Date of sample arrival



IDEXX Laboratorio di riferimento

Vet Med Labor GmbH
Humboldtstraße 2
D-70806 Kornwestheim
Germany
Tel. 02 87 10 36 76 opz. 1
laboratorioitalia@idexx.com
www.idexx.it

Tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente

All fields must be mandatorily filled out

Motivo della richiesta Reason for testing

Viaggio verso *Travel to*

- Viaggio all'interno dell'EU *Import into EU*
- Verso altro Paese** *Import to other countries***

** Prima di intraprendere un viaggio verso Paesi non appartenenti all'Unione europea, la preghiamo di informarsi riguardo alle normative vigenti. *Please inform yourself about the valid travelling guidelines before travelling to not EU countries.*

- Solo per valutazione del titolo anticorpale in soggetti vaccinati *For titer level only*

(non valido per importazione/esportazione - *not for import/export*)

Il test non può essere utilizzato per la diagnosi di infezione da virus della Rabbia.
Test cannot be used for diagnosis of Rabies infections.

Richiesta di titolazione anticorpale contro la rabbia per animali *Rabies antibody testing in animals*



Utilizzo del test „fluorescent antibody virus neutralisation“ (FAVN) in accordo con l'O.I.E. *Using "fluorescent antibody virus neutralisation" (FAVN) test according to the O.I.E. "Manual of standards of diagnostic tests and vaccines"*

Si prega di utilizzare solo questi moduli (**compilati in stampatello leggibile**). Per evitare errori nell'inserimento dei dati, si prega di utilizzare il PDF compilabile di questo modulo di richiesta disponibile per il download su IDEXX Ordini Online e sul nostro sito web (Laboratorio di Riferimento > Assistenza e moduli). Stampare il modulo di richiesta completamente compilato, firmarlo e aggiungere il timbro della clinica. **Secondo il regolamento per il trasporto in Paesi stranieri possono essere elaborati solamente i moduli di richiesta compilati in ogni loro parte.** *Please use this form only (complete in capitals or typewritten). In accordance with regulations of the importing countries only fully completed sample submission forms can be processed.*

Materiale per l'analisi*: 1 ml di siero *Sample material*: 1ml Serum*

Veterinario richiedente Submitting veterinary surgeon

Nome del veterinario *Veterinarian/Name*

Indirizzo/Paese *Address/Country*

INFORMAZIONE: ****Le fatture saranno inviate al proprietario dell'animale solo se: (a) il veterinario fornisce l'indirizzo completo del proprietario dell'animale; e (b) il proprietario dell'animale acconsente alla fatturazione al proprietario firmando il presente modulo dove indicato. Dichiaro, inoltre, di avere preso visione dell'Informativa privacy disponibile sul sito web www.idexx.com/privacy e, a tale riguardo, acconsento ai sensi dell' Articolo 23 del D. Lgs. n. 196/2003 all'elaborazione, archiviazione e trattamento dei suoi dati personali da parte di I DEXX Laboratories Italia S.r.l.

****Fatturazione al proprietario dell'animale: completando la sezione «Proprietario dell'animale» sopra e firmando di seguito, e in conformità con i Termini IDEXX, il veterinario conferma che: (a) il veterinario assegna a IDEXX il suo credito al proprietario dell'animale per i costi del/ test come stabilito nel presente modulo; (b) il veterinario è responsabile del pagamento a IDEXX dei costi assegnati se il proprietario dell'animale non paga tali costi per qualsiasi motivo; e (c) il veterinario ha informato il proprietario dell'animale dei termini e delle condizioni applicabili al proprietario dell'animale nei Termini IDEXX.

Proprietario Owner

(obbligatorio required)

- Fattura al proprietario *Invoice to pet owner (for Italy only)*****

Nome del proprietario *Family name/First name*

Indirizzo/Paese *Address/Country*

Firma del proprietario ***

Numero Tel.

Signature of the owner
(solo se intestatario di fattura)

Codice fiscale *Fiscal code*

Animale Animal

Il microchip deve essere obbligatoriamente applicato prima della vaccinazione.
A microchip implantation is required prior to the vaccination.

Specie *Species*

Nome *Name*

Sesso *Sex*

- maschio *Male*
- femmina *Female*
- sterilizzato *Neutered*

Data di nascita *Date of Birth*

Razza *Breed*

N. di microchip *Microchip-No.*

Tatuaggio *Tattoo No.*

Data dell'impianto *Date of implantation*

Vaccino per la rabbia *Rabies vaccination*

Vaccino eseguito *Vaccine Brand*

Numero di lotto *Batch No.*

Data di ultima vaccinazione *Date of last vaccination*

Data del prelievo e della lettura del microchip *Date of sample collection and microchip reading*

Con la presente confermo che i dati sopra indicati sono corretti.

Data *Date*

Timbro e firma del veterinario richiedente

Signature and stamp of the submitting veterinary surgeon

Con l'invio del presente modulo, accetto i termini e le condizioni IDEXX disponibili all'indirizzo www.idexx.com („Termini IDEXX“) e autorizzo IDEXX a eseguire il/i test selezionati in base ai Termini IDEXX e al listino prezzi in vigore. IDEXX considera molto importante gestire i dati personali nel modo più conforme possibile alla legge vigente, per questo ha adottato la **privacy policy** che potete leggere sul sito web www.idexx.com/privacy

*Attenzione: può essere processato **SOLO SIERO DI BUONA QUALITÀ** (non lipemico e non emolitico). Nessun altro esame può essere eseguito su questo campione. Si prega di identificare correttamente il campione applicando il codice a barre. Il test verrà annullato se la provetta del campione non è etichettata o se l'etichetta non corrisponde a questo modulo di richiesta.
Please note: ONLY GOOD QUALITY SERUM SAMPLES (not lipaemic and not haemolytic) can be processed. No other tests can be performed on the sample. Please ensure correct identification of the sample with barcode. The test will be canceled if the sample tube is unlabeled or label does not match this submission form