



Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale"

Via Campo Boario – 64100 TERAMO – ITALY
Tel: + 39 (0)861 3321 – Fax: + 39 (0)861 332251; e-mail: webmaster@izs.it

IZS TE B512.1 SCM062

RICHIESTA PREPARAZIONE VACCINI STABULOGENI E AUTOVACCINI

REV.1 DEL 19-01-2016

NRG

La richiesta va presentata a IZSAM compilata in tutte le sue parti, pena la non accettazione

A - PARTE CHE DEVE ESSERE COMPILATA DAL MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE

MEDICO VETERINARIO PRESCRITTORE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo: _____

N. e sigla provinciale di iscrizione all'albo: _____ e-mail _____

DESTINATARIO DELLA FORNITURA

Proprietario degli animali _____

Comune di _____ Località _____

Codice allevamento _____ Diagnosi clinica _____

MOTIVAZIONE CHE GIUSTIFICA LA PRESCRIZIONE

Mancata disponibilità di vaccini autorizzati con AIC

Fallimento terapeutico precedente o incompatibilità dei componenti del presidio farmaceutico con destinazione produttiva degli animali da trattare (1)

Prescrizione per presidi immunizzanti "altamente specifici" ottenuti da microrganismi presenti nel focolaio (varianti specifiche con scarsa affinità antigenica con ceppi presenti nei vaccini in commercio) (2)

Prescrizione per possibile diffusione di malattie infettive da focolaio primario ad altri allevamenti dello stesso territorio, per le quali è riconosciuta correlazione epidemiologica (2)

(1) Deve essere allegata prova documentale della segnalazione effettuata ai sensi della normativa vigente

(2) Specificare riferimento esami di laboratorio (accettazione o rapporto di prova) e/o genere e specie del patogeno di interesse

DATI PER LA PRODUZIONE DI:

Vaccino stabulogeno

Autovaccino

Materiale inviato: _____

oppure

Ceppo precedentemente isolato: NRG _____ / _____ / _____
Numero / sede / anno

Vaccino richiesto: _____

Specie di destinazione: _____

Consistenza dell'allevamento: (n. animali appartenenti alla specie di destinazione) _____

Dosi richieste: n. (considerare il piano vaccinale col relativo n.ro di richiami) _____

Il vaccino deve essere inviato a: _____

Indirizzo: _____

P. IVA _____ / CF _____

Lì _____ data _____

Il Veterinario richiedente _____

B-PARTE RISERVATA AL PERSONALE DELL'ACCETTAZIONE DI IZSAM

NULLA OSTA

Data _____

FIRMA _____