

	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL'ABRUZZO E DEL MOLISE "G. CAPORALE" Sede centrale Campo Boario 64100 TERAMO ITALIA T. +39.0861.33.21 M. archivioprotocollo@izs.it P.E.C. protocollo@pec.izs.it P.IVA 00060330677 C.F. 80006470670 www.izs.it	SPAZIO RISERVATO ALL'ACCETTAZIONE	
	MODULO RICHIESTA ESAME - LEISHMANIA CYTOBRUSH		
		DATA PRELIEVO: ___/___/___	
RICHIEDENTE: _____		PROPRIETARIO: _____	
Indirizzo _____		Indirizzo _____	
Comune/Prov. _____		Comune/Prov. _____	
Tel. _____		Tel. _____	
e-mail _____		e-mail _____	
DATI GENERALI DELL' ANIMALE			
Specie: Cane		Nome: _____	
Razza: _____		Microchip/Tatuaggio: _____	
Età (Anni/Mesi): _____		Peso (Kg) _____	
Sesso: M <input type="checkbox"/>	M castrato <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	F sterilizzata <input type="checkbox"/>
Ambiente di vita: Appartamento <input type="checkbox"/>	Giardino <input type="checkbox"/>	Campagna <input type="checkbox"/>	
Canile <input type="checkbox"/>	Altro _____		
Vaccinazione Anti leishmania: NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tipo vaccino: _____	
MATERIALE INVIATO/ ESAMI RICHIESTI			
A N° ___ Vetrino Congiuntivale	DX <input type="checkbox"/>	SX <input type="checkbox"/>	
(Leishmania spp: ricerca ag. Eziologico- Metodo: May-Grunwald Giemsa)			
B N° ___ Aspirato Linfonodale	sedi (linfonodi): _____		
(Leishmania spp: ricerca ag. Eziologico- Metodo: May-Grunwald Giemsa)			
C N° ___ Brush Congiuntivale	DX <input type="checkbox"/>	SX <input type="checkbox"/>	
(Leishmania spp:ricerca ag. Eziologico- Metodo: PCR Real Time)			
D N° 1 Siero			
(Leishmania spp: ricerca anticorpi- Metodo: Immunofluorescenza (I.F.)			
DATA	TIMBRO E FIRMA		