

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 – TORINO				
VERBALE CAMPIONI – SANITA' ANIMALE (SUINO)				
MOD.N°	40AQ152	ED/REV	00/01	STRUTTURA:
PGS N°	20AQ007	PAGINA 1 DI 2		DATA: 09/10/2025

DATA PRELIEVO _____

☐ PAGAMENTO DA PRIVATO DA
FATTURARE

N° VERBALE _____

☐ ATTIVITA' ASL SANITA' PUBBLICA

☐ DLGS 32/2021 (pagamento riscosso da ASL)

Spazio per l'accettazione

QUESITO DIAGNOSTICO (se presente) _____

RICHIEDENTE (persona fisica che richiede le prestazioni) ☐ Medico Veterinario ☐ Altro _____

Cognome Nome _____ tel/e-mail _____

Indirizzo _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____

UTENTE * (destinatario dei Rapporti di Prova)

☐ Medico Veterinario L.P. ☐ Proprietario ☐ ASL ☐ APA ☐ UNIVERSITA' ☐ Altro _____

Cognome Nome/Ragione Sociale _____ tel/e-mail _____

Indirizzo _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____

ATTIVITA' DI PRELIEVO:

Cognome Nome/Ragione Sociale _____ Cod. Aziendale: _____

Indirizzo _____ Tel _____
(via, Comune, Provincia e CAP)

TIPO CAMPIONE n°: ☐ animale morto n° _____ ☐ sangue/siero n° _____ ☐ feci n° _____ ☐ latte n° _____

☐ organi _____ n° _____ ☐ tampone _____ n° _____

☐ altro _____ n° _____ ☐ altro _____ n° _____

ELENCO MARCHE AURICOLARI DEI CAPI TESTATI: (per oltre 5 capi utilizzare fogli supplementari)

campione	Id. capo (marca auricolare / microchip / nome)	razza	sex	età	peso (Kg)	note
1						
2						
3						
4						
5						

Annotazioni Anamnestiche: eutanasia ☐ Sì ☐ No ☐ Sintomi gastro-enterici ☐ Sintomi respiratori ☐ Sintomi neurologici

☐ anamnesi sconosciuta ☐ altro _____

Note aggiuntive (descrivere brevemente sintomi, terapie, mortalità e morbidità) _____

STATO DEL CAMPIONE

☐ T. AMBIENTE

☐ REFRIGERATO

☐ CONGELATO

Timbro e Firma del Richiedente

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 – TORINO				
VERBALE CAMPIONI – SANITA' ANIMALE (SUINO)				
MOD.N°	40AQ152	ED/REV	00/01	STRUTTURA:
PGS N°	20AQ007	PAGINA 2 DI 2		DATA: 09/10/2025

PROVE RICHIESTE:

In caso di prestazione soggetta a pagamento, le prove contrassegnate dall'utente verranno eseguite e messe a pagamento. In caso di contrassegno del solo esame necroscopico (ESNEM-ESNEG-ESNEFE) o dell'esame anatomo-patologico, il laboratorio definirà le prove necessarie per stilare il giudizio diagnostico (ESNEVA).

I rapporti di prova visibili all'utenza saranno quelli contrassegnati in fase di richiesta.

ESAMI RICHIESTI	☐ ES. NECROSCOPICO - AN. MORTO (ESNEM, ESNEVA)		☐ ES. NECROSCOPICO - FETO (ESNEFE, ESNEVA)		☐ ES: AN-PATOLOGICO - ORGANI (ANAPA, ESNEVA)	
	☐ ES. BATTERIOLOGICO (BATT)	☐ APP (BATM)	☐ POLISIEROSITE - GLAESSER (BATM)	☐ E. COLI PATOGENI (ISOECPA)	☐ PATOGENI ENTERICI (TETRAK, PCRCOS, PCRCRYP)	
	☐ PRRS PCR (PCRPRRS)	☐ PCV2 PCR (PCRCIRV)	☐ MYCOPLASMA SPP PCR (PCRMYCC) ☐ M. HYOPNEUMONIAE PCR (PCRMHY)		☐ L. INTRACELLULARIS PCR (PCRLAW) ☐ BRACHYSPIRA SPP. (BATT, PCRBS)	
	☐ APP ELISA* (ELACPX4)	☐ PRRS ELISA* (ELPRRS)	☐ PCV2 ELISA* (ELPCV)	☐ MYO ELISA* (ELMYHY)	☐ INFLUENZA PCR (RRTINS)	☐ CLOSTRIDI (CLPEBI, CLD)
	*ESAMI SU SANGUE/SIERO					
	☐ SINDROME PMWS*: PACCHETTO PCV2 PCR (PCRCIRV) e ESAME ISTOLOGICO (VALEZ) <i>*esame eseguito su milza, linfonodo inguinale superficiale, polmone, valvola ileo-ciecale</i>					
	☐ ESAME ISTOLOGICO (VALIST) – istologico generico					
	☐ ESAME ISTOLOGICO (VALEZ) – istologico generico con colorazione istochimica (diagnosi eziologica)					
	☐ ESAME ISTOLOGICO (VALONC) – istologico per sospetto oncologico					
	☐ ALTRO (specificare)					
☐ ALTRO (specificare)						
☐ ALTRO (specificare)						
☐ ALTRO (specificare)						

GESTIONE FATTURA ☐ UTENTE ☐ RICHIEDENTE ☐ ATTIVITA' DI PRELIEVO

DATI PER LA FATTURAZIONE (codice fiscale e/o partita IVA) _____

Timbro e Firma del Richiedente
