



LABORATORIO ANALISI - CLINICA VETERINARIA "CITTÀ DI TORINO"

Sede legale: C.so Traiano 99/D – Ritiro/Invio campioni: c.so Traiano 99 – 1° piano – 10135 - Aut. G.R. 10/12/90 n°193-2412

Contatti: Tel. +39 011 616199 - Fax +39 011 3173763 E-mail: laboratorio@clinvetorino.eu

Responsabile Laboratorio Analisi: Dr. Antonio Corona, Med Vet PhD – a.corona@clinvetorino.eu

Mod.507-CLV2

MODULO RICHIESTA ESAME MICROBIOLOGIA - 2023

Veterinario (codice): _____ Data: _____ Numero (Lab): _____

Proprietario: _____ Nome paziente: _____

Specie: cane gatto cavallo coniglio altro Razza: _____

Sesso: M MC F FC Età: cucciolo adulto anziano

Pagamento: € _____ segreteria assegno n.t. bonifico Ri.Ba

richiesta analisi: barrare (X) chiaramente casella	Materiale da inviare	Tempi di refertazione
BATTERIOLOGIA		
<input type="checkbox"/> Batteriologico aerobi con antibiogramma ATB* (cute, orecchio, mucose)	T/U/TP	entro 4 gg
<input type="checkbox"/> Urocoltura con ATB	U	entro 3 gg
<input type="checkbox"/> Supplemento per Mycoplasmi/Ureaplasmi	U	entro 3 gg
<input type="checkbox"/> Microbiologico nasale (aerobi e miceti) con ATB specifico	TP	entro 7 gg
<input type="checkbox"/> Microbiologico fecale** con ATB specifico (aerobi, salmonella, campylobacter, clostridium, miceti, alghe)	TP/F	entro 7 gg
<input type="checkbox"/> Microbiologico completo (aerobi/anaerobi/miceti) con ATB	T/U/TP/V	entro 7 gg
<input type="checkbox"/> Supplemento per ricerca stafilococchi meticillino-resistenti (MRS)	-	-
<input type="checkbox"/> Supplemento per MIC <i>singolo parametro</i>	-	-
<input type="checkbox"/> Autovaccino stafilococcico (<i>Staphylococcus intermedius</i> group) AUTOVAX 5ml	-	su ordinazione
MICOLOGIA		
<input type="checkbox"/> Dermatofiti cutanei e lieviti	Cr/P/S	entro 10 gg
<input type="checkbox"/> Miceti profondi e dermatofiti con antimicogramma	P+T/TP	entro 10 gg
<input type="checkbox"/> Supplemento per antimicogramma (9 antimicotici)	-	-

* = in caso di "nessuna crescita" il costo sarà dimezzato - ** = inviare feci raccolte in giornata o entro le 24h

Legenda: Cr=croste F=Feci K=Sangue K3-EDTA L=Liquor P=Pelo S=Spazzolino T=Tessuto TP=Tampone U=Urine V=Versamento

MATERIALE INVIATO: TAMPONE BAL URINE VERSAMENTO SANGUE ALTRO

SEDE PRELIEVO: _____

TERAPIE: In terapia con: _____ Terapia pregressa con: _____

DIAGNOSI: _____

COMMENTI: _____

ANTIBIOTICI SPECIFICI RICHIESTI DA TESTARE: (compatibilmente alla disponibilità e al germe isolato)
