



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**  
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO (OVUD)  
Reparto di Laboratori Didattici — Re.La.Di.  
Servizio di Patologia Veterinaria  
Via San Costanzo, 4 — 06126 Perugia  
Tel. 075/5857767-7739 — Fax 075/5857738

Data .....	Riservato accettazione
Numero .....	
Campione .....	

**DOMANDA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIE D'ORGANO / NECROSCOPIE**

**PROPRIETARIO:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP e Città: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Fatturare al proprietario: (indicare Cod. Fisc.  
o Part. I.V.A.): \_\_\_\_\_

**VETERINARIO:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP e Città: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Part. I.V.A.: \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_

**SEGNALAMENTO:**

- Cane                       Gatto                       Equini                       Bovino  
 Suino                       Ovino                       Caprino  
 Altro: \_\_\_\_\_

Razza: \_\_\_\_\_

Sesso:  M    F    MC    FS                      Età: \_\_\_\_\_

**Materiale inviato:**

- Organo proveniente da animale vivo: \_\_\_\_\_  
 Cadavere o organo da animale morto: \_\_\_\_\_  
Data e ora della morte: \_\_\_\_\_  
 Eutanasia                       Morte spontanea

**ANAMNESI:** (sintomi, durata, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESAMI EFFETTUATI:** (Rx, esami ematologici, ecografia, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI CLINICA DI SOSPETTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TERAPIA** Trattato?                       No                       Si

Se si, Quale farmaco? \_\_\_\_\_



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**  
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO (OVUD)  
Reparto di Laboratori Didattici — Re.La.Di.  
Servizio di Patologia Veterinaria  
Via San Costanzo, 4 — 06126 Perugia  
Tel. 075/5857767-7739 — Fax 075/5857738

Data .....	Riservato accettazione
Numero .....	
Campione .....	

## DOMANDA DI ESAME ISTOLOGICO PER BIOPSIE D'ORGANO / NECROSCOPIE

### SPAZIO PER ULTERIORI NOTIZIE ANAMNESTICHE E COMUNICAZIONI

---

---

---

---

---

---

---

---

I costi dei Servizi sono riportati nel Tariffario. Le tariffe riportate sono suscettibili di variazioni nel caso in cui vengano erogati in prestazioni complesse. Per questo si consiglia di consultare l'ufficio di Accettazione. Per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, qualora il campione dovesse essere mandato ad altre strutture esterne (es. Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche), il costo verrà addebitato al proprietario. Nel caso di sospetto di malattie infettive sottoposte a segnalazione, ne verrà data comunicazione alla Asl territorialmente competente, come da leggi vigenti, al fine di poter mettere in atto le norme a tutela della salute pubblica. Considerando la natura pubblica e di ricerca della presente struttura universitaria, i risultati delle analisi potrebbero essere utilizzati a scopo epidemiologico e di ricerca.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FIRMA VETERINARIO: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FIRMA PROPRIETARIO: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informazione ai sensi dell'art.13 del Dlgs. n.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ed esprime la propria autorizzazione al trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini degli adempimenti di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili e assicurativi relativi alla gestione amministrativa del rapporto in atto. Il trattamento dei da parte dell'istituto sarà, comunque, improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della riservatezza e dei diritti del soggetto interessato.

FIRMA PROPRIETARIO: \_\_\_\_\_