

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

Test diagnostica infettivistica PCR

<input type="checkbox"/>	Acanthamoeba spp	85
<input type="checkbox"/>	Adenovirus equino tipo 1	56
<input type="checkbox"/>	Adenovirus equino tipo 2	57
<input type="checkbox"/>	Anaplasma phagocytophilum	24
<input type="checkbox"/>	Anaplasma platys	70
<input type="checkbox"/>	Angiostrongilus vasorum	86
<input type="checkbox"/>	Antibiotico resistenze carbapenemi	135
<input type="checkbox"/>	Antibiotico resistenza MRSA	136
<input type="checkbox"/>	Arterivirus equino (arterite infettiva)	58
<input type="checkbox"/>	Babesia caballi	29
<input type="checkbox"/>	Babesia canis	3
<input type="checkbox"/>	Babesia gibsoni	250
<input type="checkbox"/>	Bartonella spp. -(malattia da graffio)	28
<input type="checkbox"/>	Bordetella bronchiseptica	36
<input type="checkbox"/>	Borrelia burgdorferii	25
<input type="checkbox"/>	Calicivirus coniglio RHDV	91
<input type="checkbox"/>	Calicivirus felino	12

<input type="checkbox"/>	Cand. M haemominutum (emobart. felina)	75
<input type="checkbox"/>	Cand. M turicensis (emobartonellosi felina)	76
<input type="checkbox"/>	CAV 2 (adenovirus canino tipo 2)	37
<input type="checkbox"/>	CCOV (coronavirus canino)	32
<input type="checkbox"/>	Cestoda spp	137
<input type="checkbox"/>	Chlamidia psittaci	46
<input type="checkbox"/>	Chlamidophyla felis	8
<input type="checkbox"/>	Cimurro	6
<input type="checkbox"/>	Circovirus degli psittacidi	69
<input type="checkbox"/>	Circovirus suino	44
<input type="checkbox"/>	Clostridium botulinum	607
<input type="checkbox"/>	Clostridium piliforme	61
<input type="checkbox"/>	Coronavirus equino	64
<input type="checkbox"/>	Cryptosporidium spp.	35
<input type="checkbox"/>	Cytauzoon	100
<input type="checkbox"/>	Dirofilaria immitis	26
<input type="checkbox"/>	Dirofilaria repens	27
<input type="checkbox"/>	Ehrlichia (Anaplasma) spp.	9
<input type="checkbox"/>	Ehrlichia canis	10

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

2

<input type="checkbox"/>	EHV 1	47
<input type="checkbox"/>	EHV 2	54
<input type="checkbox"/>	EHV 3	53
<input type="checkbox"/>	EHV 4	48
<input type="checkbox"/>	EHV 5	55
<input type="checkbox"/>	Encephalitozoon cuniculi	80
<input type="checkbox"/>	FCOV	16
<input type="checkbox"/>	FELV	13
<input type="checkbox"/>	Coronavirus Felino (ricerca mRNA rif. Simons et al., 2005)	15
<input type="checkbox"/>	FIV	14
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione Giardia	34
<input type="checkbox"/>	Giardia spp.	33
<input type="checkbox"/>	Habronema microstoma	60
<input type="checkbox"/>	Habronema muscae	59
<input type="checkbox"/>	Helicobacter spp.	49
<input type="checkbox"/>	Hepatozoon	84
<input type="checkbox"/>	Herpesvirus canino	22
<input type="checkbox"/>	Herpesvirus felino	23
<input type="checkbox"/>	Influenza equina	51
<input type="checkbox"/>	Leishmania alta sensibilità	2
<input type="checkbox"/>	Leishmania spp.	1

<input type="checkbox"/>	Leptospirosi	4
<input type="checkbox"/>	M haematoparvum (emobartonellosi canina)	71
<input type="checkbox"/>	M haemocanis (emobartonellosi canina)	31
<input type="checkbox"/>	M haemofelis (emobartonellosi felina)	74
<input type="checkbox"/>	Malattia di Pacheco	67
<input type="checkbox"/>	Micobatteri	96
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma canis	79
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma spp	77
<input type="checkbox"/>	Neospora caninum	39
<input type="checkbox"/>	Papillomavirus bovino	249
<input type="checkbox"/>	Parainfluenza canina	38
<input type="checkbox"/>	Parvovirus canino	20
<input type="checkbox"/>	Parvovirus felino (panleucopenia)	21
<input type="checkbox"/>	Polyomavirus degli psittacidi	68
<input type="checkbox"/>	Prototheca zopfii e wickerhamii spp	97
<input type="checkbox"/>	PRRSV	5
<input type="checkbox"/>	Rickettsia spp.	17

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: PI/CF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROVINCIA: () RECAPITO TELEFONICO: E-MAIL:	Firma e timbro del veterinario prelevatore:
Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/>	
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003. FIRMA: _____	
Proprietario:	
Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:
Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	
Razza:	Data di nascita:
M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi	

3

<input type="checkbox"/>	Rodococcus equi (rodococcosi)	62
<input type="checkbox"/>	Rotavirus equino	65
<input type="checkbox"/>	Salmonella typhimurium	92
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi canina	72
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi felina	11
<input type="checkbox"/>	Streptococcus equi subsp. Zooepid.e equi	52
<input type="checkbox"/>	Taylorella equigenitalis	63
<input type="checkbox"/>	Tenia ciclophilidean	138
<input type="checkbox"/>	Tenia hymenolepis	139
<input type="checkbox"/>	Tenia spp	98
<input type="checkbox"/>	Theileria equi	30
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione funghi	99
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Parvovirus canino	40
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii	7
<input type="checkbox"/>	Tritrichomonas foetus	81
<input type="checkbox"/>	Wolbachia spp.	73
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1 "Malattie da artropodi"	200
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1 bis "Malattie da artropodi bis"	246

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2 "Malattie da artropodi HS"	201
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2bis "Malattie da artropodi HS bis"	247
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 3 "Neurologico"	202
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 4 "Malattie da zecche"	204
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 5 "Malattie da zecche esteso"	203
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6 "Filariosi"	205
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6bis "Filariosi nuovo"	248
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 7 "Protozoi Intestinali"	207
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 8 "Intestinale"	208
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 9 "Intestinale esteso"	209

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

4

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 10 "Respiratorio"	210
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 11 "Zoonosi cane"	211
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 1 "Neurologico"	230
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 1bis "Neurologico bis"	239
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 2 "Malattie virali"	231
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 2 bis "Malattie virali bis"	240
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 3 "Anemia"	232
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 4 "Oftalmologico respiratorio"	233
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 5 "Filariosi"	234
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 6 "Protozoi Intestinali"	235

<input type="checkbox"/>	Profilo PCR gatto 7 "Zoonosi gatto"	236
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Micoplasmi emotropi felini"	237
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Piroplasmidi del cavallo"	238
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Riproduzione cavallo"	241
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Respiratorio cavallo"	242
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 1"	243
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 2"	244
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR "Volatili 3"	245

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input type="text"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

Test malattie genetiche

<input type="checkbox"/>	AD-PRA	461
<input type="checkbox"/>	Adult Onset Neuropathy (AON)*	574
<input type="checkbox"/>	Atrofia Muscolare Spinale (SMA)	495
<input type="checkbox"/>	Bernard-Soulier Sindrome (BSS)	555
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica A31P - Maine Coon	518
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica A31P + A74T - Maine Coon	421
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia Ipertrofica - Ragdoll	454
<input type="checkbox"/>	Cataratta Ereditaria	443
<input type="checkbox"/>	Cistinuria Newfoundland, Landseer	405
<input type="checkbox"/>	Cistinuria - Miniature Pinscher	539
<input type="checkbox"/>	Cistinuria - Australian Cattle Dog	588
<input type="checkbox"/>	Cistoadenocarcinoma Renale Ereditario	446

<input type="checkbox"/>	CLAD	422
<input type="checkbox"/>	CMR 1	577
<input type="checkbox"/>	CMR 2	578
<input type="checkbox"/>	CNM (Miopatia Ereditaria)	445
<input type="checkbox"/>	Cobalamina malassorbimento - Australian Shepherd	549
<input type="checkbox"/>	Coda corta (Bobtail)	511
<input type="checkbox"/>	Collie Eye Anomaly (CEA)*	552
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Agouti	457
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Charcoal	570
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Cinnamon/Chocolate	456
<input type="checkbox"/>	Colorazione Pelo Siamese/Burmese -	458
<input type="checkbox"/>	Colorazione Ambra	544
<input type="checkbox"/>	Cord1-PRA*	591
<input type="checkbox"/>	Crd-PRA*	558
<input type="checkbox"/>	Curly	435

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: PI/CF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROVINCIA: () RECAPITO TELEFONICO: E-MAIL:	Firma e timbro del veterinario prelevatore:
Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/>	
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003. FIRMA:	
Proprietario:	
Nome Paziente: Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Razza: M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>	Microchip/N° di Pedigree: Data di nascita:
<input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi	

6

<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Alaskan Klee Kai	407
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Beagle	406
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore VII - Scottish Deerhound	408
<input type="checkbox"/>	Deficienza del Fattore XI - Kerry Blue Terrier	409
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Fosfofruttochinasi (PFKD)	416
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - cane	417
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - gatto	453
<input type="checkbox"/>	Degenerazione Retinica PRA (rdAc)	471
<input type="checkbox"/>	Deposito di Campione Biologico	602
<input type="checkbox"/>	Diluizione Colore Pelo - cane	472
<input type="checkbox"/>	Diluizione Colore Pelo - gatto	467

<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare (LSMD)	427
<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare-Golden Retriever	575
<input type="checkbox"/>	Distrofia muscolare CKCS	434
<input type="checkbox"/>	Dry Eye Curly Coat Syndrome (CCS)	526
<input type="checkbox"/>	EIC	450
<input type="checkbox"/>	Emofilia B - Rhodesian Ridgeback	568
<input type="checkbox"/>	Epidermolisi Bollosa giunzionale	479
<input type="checkbox"/>	Epilessia Giovanile	508
<input type="checkbox"/>	Epilessia mioclonica (JME)	567
<input type="checkbox"/>	Episodic Falling (EF)*	525
<input type="checkbox"/>	Fucosidosi	410
<input type="checkbox"/>	Furnishing	537
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM1	468
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2	478
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2 - Domestic Shorthair	470
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi GM2 - Japanese	469

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>								
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>									
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA:</p>									
<p>Proprietario:</p>									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nome Paziente:</td> <td style="width: 50%;">Microchip/N° di Pedigree:</td> </tr> <tr> <td>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razza:</td> <td>Data di nascita:</td> </tr> <tr> <td>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:	Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		Razza:	Data di nascita:	M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>	
Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:								
Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>									
Razza:	Data di nascita:								
M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>									
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>									

	Shorthair	
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi Tipo 1 GM1	535
<input type="checkbox"/>	Gangliosidosi Tipo 1 GM1*	540
<input type="checkbox"/>	Gene SOD1 esone 1	551
<input type="checkbox"/>	Gene Sod 1 esone 2	493
<input type="checkbox"/>	Glicogenosi (GSD) Tipo IA	423
<input type="checkbox"/>	Glicogenosi (GSD) Tipo IV	419
<input type="checkbox"/>	GR PRA1	528
<input type="checkbox"/>	GR PRA2*	564
<input type="checkbox"/>	HNPk*	522
<input type="checkbox"/>	(HYPP)	509
<input type="checkbox"/>	IGS - Beagle	542
<input type="checkbox"/>	IGS* - Border Collie	542
<input type="checkbox"/>	Imerslund-Gräsbeck syndrome (IGS) - Beagle	542
<input type="checkbox"/>	Ipertermia Maligna (RYR)	550
<input type="checkbox"/>	Iperuricosuria	576

<input type="checkbox"/>	Ipotiroidismo - cane	411
<input type="checkbox"/>	Ittiosi – Golden Retriever	543
<input type="checkbox"/>	JLPP	582
<input type="checkbox"/>	L-2 idrossiglutarico Aciduria - Staffordshire Bull Terrier	476
<input type="checkbox"/>	Late onset ataxia (LOA)	580
<input type="checkbox"/>	Locus A - Agouti	523
<input type="checkbox"/>	Locus B - Cioccolato, Marrone	433
<input type="checkbox"/>	Locus E - Giallo, Albicocca	432
<input type="checkbox"/>	Locus Em (Melanistic Mask Allele)	497
<input type="checkbox"/>	Locus H - Harlequin	573
<input type="checkbox"/>	Locus K	524
<input type="checkbox"/>	Lunghezza pelo - cane	494
<input type="checkbox"/>	Lunghezza pelo - gatto	455
<input type="checkbox"/>	Lussazione del Cristallino	506
<input type="checkbox"/>	Lysosomal Storage Disease (LSD)	545
<input type="checkbox"/>	Macrothrombocytopenia	586

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: PI/CF <input type="text"/> INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROVINCIA: () RECAPITO TELEFONICO: E-MAIL:	Firma e timbro del veterinario prelevatore:								
Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/>									
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003. FIRMA: _____									
Proprietario:									
<table border="0"> <tr> <td>Nome Paziente:</td> <td>Microchip/N° di Pedigree:</td> </tr> <tr> <td>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razza:</td> <td>Data di nascita:</td> </tr> <tr> <td>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:	Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		Razza:	Data di nascita:	M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>	
Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:								
Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>									
Razza:	Data di nascita:								
M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi									

8

<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo I	447
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo II	448
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Scottish Terrier	449
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Shetland Sheepdog	466
<input type="checkbox"/>	Mannosidosi	420
<input type="checkbox"/>	Mantello Tobiano	486
<input type="checkbox"/>	Mielopatia Degenerativa*	666
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita - Miniature Schnauzer	415
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita Australian Cattle Dog	562
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - cane	414
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - gatto	452
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) III B	412

<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - cane	413
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - gatto	451
<input type="checkbox"/>	Musladin-Lueke Syndrome (MLS) - Beagle	515
<input type="checkbox"/>	Myostatin Deficiency* - Whippet	592
<input type="checkbox"/>	Nanismo Ipofisario	529
<input type="checkbox"/>	Nanismo SD2	572
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Bassotto	579
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Dobermann	590
<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Labrador Retriever	534
<input type="checkbox"/>	Nefropatia Ereditaria	485
<input type="checkbox"/>	Nefropatia policistica (PKD)	400
<input type="checkbox"/>	NCCD - Beagle	527
<input type="checkbox"/>	NCL 5 - Border Collie	533
<input type="checkbox"/>	NCL 8 - English Setter	530
<input type="checkbox"/>	NCL-A*	428
<input type="checkbox"/>	Osteocondrodistrofia - gatto	439

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

<input type="checkbox"/>	Osteogenesi Imperfetta - Bassotto	532
<input type="checkbox"/>	OLWS	510
<input type="checkbox"/>	Polineuropatia*	596
<input type="checkbox"/>	Progressive retinal atrophy (prcd-PRA)*	519
<input type="checkbox"/>	PRA-1 - Papillon	560
<input type="checkbox"/>	PRA-rcd 1 - Irish setter	463
<input type="checkbox"/>	PRA-rcd 3 - Cardigan Welsh Corgi	464
<input type="checkbox"/>	PRA generalizzata*	584
<input type="checkbox"/>	POAG	569
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico Forense	538
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - cane	465
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - cavallo	459
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - gatto	460
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico Pappagalto*	589
<input type="checkbox"/>	RDY (Early Onset Con Dysplasia)	426
<input type="checkbox"/>	Resistenza al fenobarbitale gene	548

<input type="checkbox"/>	ABCB1	
<input type="checkbox"/>	Ricerca gene Blue Merle	556
<input type="checkbox"/>	SCID	418
<input type="checkbox"/>	Sensibilità Ivermectina (MDR1)	444
<input type="checkbox"/>	Sessaggio genetico specie aviarie	401
<input type="checkbox"/>	Spinocerebellar ataxia (SCA)	581
<input type="checkbox"/>	Test Sierologico Gruppi Sanguigni	513
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Genetica Gruppi Sanguigni	496
<input type="checkbox"/>	Tossicosi da rame predisposizione ATP7a – Labrador Retriever	594
<input type="checkbox"/>	Tossicosi da rame predisposizione ATP7b – Labrador Retriever	595
<input type="checkbox"/>	Trapped Neutrophil Syndrome (TNS)	531
<input type="checkbox"/>	Trombopatia - Basset Hound	477
<input type="checkbox"/>	Trombopatia - Eskimo Spitz	477
<input type="checkbox"/>	Trombopatia - Landseer	541

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente: _____ Microchip/N° di Pedigree: _____</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza: _____ Data di nascita: _____</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

10

<input type="checkbox"/>	X-linked PRA 1 - Samoyedo, S.Husky	441
<input type="checkbox"/>	Profilo Australian Shepherd	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Beagle	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Collie	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Border Collie	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Cavalieri King Charles	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Cocker Spaniel Inglese	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Dobermann 1	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Dobermann 2	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Dobermann 3	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Golden Retriever	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Labrador Retriever	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Lagotto Romagnolo	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Landseer	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Lupo Cecoslovacco 1	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Lupo Cecoslovacco 2	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Lupo di Saarloos	/

<input type="checkbox"/>	Profilo Rhodesian Ridgeback	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Schipperke n.1	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Schipperke n.2	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Schipperke n.3	/
<input type="checkbox"/>	Profilo Staffordshire Bull Terrier	/
<input type="checkbox"/>	Profilo genetico gatto n.1	/
<input type="checkbox"/>	Profilo genetico gatto n.2	/
<input type="checkbox"/>	Profilo genetico gatto n.3	/

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ())</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p>
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>	
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>	
<p>Proprietario:</p>	
<p>Nome Paziente:</p> <p>Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Razza:</p> <p>M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></p>	<p>Microchip/N° di Pedigree:</p> <p>Data di nascita:</p>
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>	

Test diagnostica molecolare – altro

<input type="checkbox"/>	Analisi Malattia Residua Minima	611
<input type="checkbox"/>	Diagnosi di Clonalita' Linfoide B e T del cane	403
<input type="checkbox"/>	Diagnosi di Clonalita' Linfoide B e T del gatto	616
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT canino esone 11	442
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT canino esone 8	473
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT canino esone 9	474
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT canino esone 17	429
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT canino esone 14	593
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT felino esone 11	498
<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT felino esone 8	499

<input type="checkbox"/>	Mutazioni c-kit MCT felino esone 9	504
<input type="checkbox"/>	Pannello mutazioni c-kit MCT felino esone 8, 9, 11	505
<input type="checkbox"/>	Pannello mutazioni c-kit MCT canino esoni 8, 9, 11, 17, 14	475
<input type="checkbox"/>	Sessaggio Genetico Specie Aviarie	401
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Clonalità	612
<input type="checkbox"/>	Ana test	310
<input type="checkbox"/>	Mutazione gene braf per carcinoma invasivo a cellule transizionali della vescica - cane	668

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.1

Valido da Gennaio 2018

ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

<p>FATTURAZIONE A:</p> <p>PI/CF <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> </p> <p>INDIRIZZO:</p> <p>CAP: COMUNE:</p> <p>PROVINCIA: ()</p> <p>RECAPITO TELEFONICO:</p> <p>E-MAIL:</p>	<p>Firma e timbro del veterinario prelevatore:</p> 								
<p>Modalità di refertazione e invio fattura:</p> <p>e-mail <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/></p>									
<p>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: io sottoscritto cognome/nome _____ autorizzo la Società Genefast Srl al trattamento dei dati personali per gli adempimenti derivanti da esigenze contrattuali e da obblighi di legge ai sensi del D.Lgs 196/2003.</p> <p>FIRMA: _____</p>									
<p>Proprietario:</p>									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nome Paziente:</td> <td style="width: 50%; border: none;">Microchip/N° di Pedigree:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Razza:</td> <td style="border: none;">Data di nascita:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:	Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		Razza:	Data di nascita:	M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>	
Nome Paziente:	Microchip/N° di Pedigree:								
Specie: Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Suino <input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>									
Razza:	Data di nascita:								
M (maschio) <input type="checkbox"/> F (femmina) <input type="checkbox"/>									
<p><input type="checkbox"/> URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi</p>									

1

<input type="checkbox"/>	Rickettsia rickettsii IgG	120
<input type="checkbox"/>	Rickettsia rickettsii IgM	121
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgG	111
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgM	112
<input type="checkbox"/>	Cimurro IgG – IgM	304
<input type="checkbox"/>	Neospora caninum IgG - IgM	305
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI "vaccinazione cane"	354
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cane 1 "Malattie da artropodi"	301
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cane 2 "Malattie da zecche"	302
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cane 3 "Neurologico"	303
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cavallo 1 IgG "Piroplasmosi"	351
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cavallo 1 bis IgG - IgM "Piroplasmosi"	331