

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 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>
--	---

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

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"/>	

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<input type="checkbox"/> EHV 1	47	<input type="checkbox"/> M haematoparvum (emobartonellosi canina)	71
<input type="checkbox"/> EHV 2	54	<input type="checkbox"/> M haemocanis (emobartonellosi canina)	31
<input type="checkbox"/> EHV 3	53	<input type="checkbox"/> M haemofelis (emobartonellosi felina)	74
<input type="checkbox"/> EHV 4	48	<input type="checkbox"/> Malattia di Pacheco	67
<input type="checkbox"/> EHV 5	55	<input type="checkbox"/> Micobatteri	96
<input type="checkbox"/> Encephalitozoon cuniculi	80	<input type="checkbox"/> Mycoplasma canis	79
<input type="checkbox"/> FCOV	16	<input type="checkbox"/> Mycoplasma spp	77
<input type="checkbox"/> FELV	13	<input type="checkbox"/> Neospora caninum	39
<input type="checkbox"/> Coronavirus Felino (ricerca mRNA rif. Simons et al., 2005)	15	<input type="checkbox"/> Papillomavirus bovino	249
<input type="checkbox"/> FIV	14	<input type="checkbox"/> Parainfluenza canina	38
<input type="checkbox"/> Genotipizzazione Giardia	34	<input type="checkbox"/> Parvovirus canino	20
<input type="checkbox"/> Giardia spp.	33	<input type="checkbox"/> Parvovirus felino (panleucopenia)	21
<input type="checkbox"/> Habronema microstoma	60	<input type="checkbox"/> Polyomavirus degli psittacidi	68
<input type="checkbox"/> Habronema muscae	59	<input type="checkbox"/> Prototheca zopfii e wickerhamii spp	97
<input type="checkbox"/> Helicobacter spp.	49	<input type="checkbox"/> PRRSV	5
<input type="checkbox"/> Hepatozoon	84	<input type="checkbox"/> Rickettsia spp.	17
<input type="checkbox"/> Herpesvirus canino	22	<input type="checkbox"/> Rodococcus equi (rodococcosi)	62
<input type="checkbox"/> Herpesvirus felino	23		
<input type="checkbox"/> Influenza equina	51		
<input type="checkbox"/> Leishmania spp.	1		
<input type="checkbox"/> Leptospirosi	4		

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 2018

ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: 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"/> <input type="checkbox"/> 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"/>					
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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679. 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					

<input type="checkbox"/>	Rotavirus equino	65	<input type="checkbox"/>	"Malattie da artropodi HS"	
<input type="checkbox"/>	Salmonella typhimurium	92	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2bis	247
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi canina	72	<input type="checkbox"/>	"Malattie da artropodi HS bis"	
<input type="checkbox"/>	Screening emobartonellosi felina	11	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 3	202
<input type="checkbox"/>	Streptococcus equi subsp. Zooepid.e equi	52	<input type="checkbox"/>	"Neurologico"	
<input type="checkbox"/>	Taylorella equigenitalis	63	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 4	204
<input type="checkbox"/>	Tenia ciclophilidean	138	<input type="checkbox"/>	"Malattie da zecche"	
<input type="checkbox"/>	Tenia hymenolepis	139	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 5	203
<input type="checkbox"/>	Tenia spp	98	<input type="checkbox"/>	"Malattie da zecche esteso"	
<input type="checkbox"/>	Theileria equi	30	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6	205
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione funghi	99	<input type="checkbox"/>	"Filariosi"	
<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Parvovirus canino	40	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 6bis	248
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii	7	<input type="checkbox"/>	"Filariosi nuovo"	
<input type="checkbox"/>	Trichomonas foetus	81	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 7	207
<input type="checkbox"/>	Wolbachia spp.	73	<input type="checkbox"/>	"Protozoi Intestinali"	
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1	200	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 8	208
<input type="checkbox"/>	"Malattie da artropodi"		<input type="checkbox"/>	"Intestinale"	
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 1bis	246	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 9	209
<input type="checkbox"/>	"Malattie da artropodi bis"		<input type="checkbox"/>	"Intestinale esteso"	
<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 2	201	<input type="checkbox"/>	Profilo PCR cane 10	210

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 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>
---	---

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

FIRMA: _____

Proprietario: _____

<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>
--	--

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<input type="checkbox"/>	"Respiratorio"	
<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	236

	"Zoonosi gatto"	
<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

FATTURAZIONE A: PI/CF <input style="width: 100%;" 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"/>	
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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679. 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	

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 Iperτροφica A31P - Maine Coon	518
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia Iperτροφica A31P + A74T - Maine Coon	421
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatia Iperτροφica - 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.4

Valido da Maggio 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: e-mail <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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.</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>																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza del Fattore VII - Alaskan Klee Kai</td><td style="text-align: right;">407</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza del Fattore VII - Beagle</td><td style="text-align: right;">406</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza del Fattore VII - Scottish Deerhound</td><td style="text-align: right;">408</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza del Fattore XI - Kerry Blue Terrier</td><td style="text-align: right;">409</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza di Fosfofruttochinasi (PFKD)</td><td style="text-align: right;">416</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - Beagle, Labrador, Carlino</td><td style="text-align: right;">417</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - Basenji</td><td style="text-align: right;">655</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - WHWT</td><td style="text-align: right;">656</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - gatto</td><td style="text-align: right;">453</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Degenerazione Retinica PRA (rdAc)</td><td style="text-align: right;">471</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Deposito di Campione Biologico</td><td style="text-align: right;">602</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Diluizione Colore Pelo - cane</td><td style="text-align: right;">472</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Diluizione Colore Pelo - gatto</td><td style="text-align: right;">467</td></tr> </table>	<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) - Beagle, Labrador, Carlino	417	<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - Basenji	655	<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - WHWT	656	<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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td><td>Distrofia muscolare (LSMD)</td><td style="text-align: right;">427</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Distrofia muscolare-Golden Retriever</td><td style="text-align: right;">575</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Distrofia muscolare CKCS</td><td style="text-align: right;">434</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Dry Eye Curly Coat Syndrome (CCS)</td><td style="text-align: right;">526</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>EIC</td><td style="text-align: right;">450</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Emofilia B - Rhodesian Ridgeback</td><td style="text-align: right;">568</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Epidermolisi Bollosa giunzionale</td><td style="text-align: right;">479</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Epilessia Giovanile</td><td style="text-align: right;">508</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Epilessia mioclonica (JME)</td><td style="text-align: right;">567</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Episodic Falling (EF)*</td><td style="text-align: right;">525</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Fucosidosi</td><td style="text-align: right;">410</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Furnishing</td><td style="text-align: right;">537</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gangliosidosi GM1</td><td style="text-align: right;">468</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gangliosidosi GM2</td><td style="text-align: right;">478</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gangliosidosi GM2 - Domestic Shorthair</td><td style="text-align: right;">470</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gangliosidosi GM2 - Japanese Short.</td><td style="text-align: right;">469</td></tr> </table>	<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 Short.	469
<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) - Beagle, Labrador, Carlino	417																																																																																						
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - Basenji	655																																																																																						
<input type="checkbox"/>	Deficienza di Piruvato Chinasi (PKDef) - WHWT	656																																																																																						
<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 Short.	469																																																																																						

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: 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"/> 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"/>					
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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679. 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"/>			Data di nascita: _____		
Razza: _____ 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					
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo II	448	<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) III B	412
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Scottish Terrier	449	<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - cane	413
<input type="checkbox"/>	Malattia di von Willebrand tipo III - Shetland Sheepdog	466	<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VI - gatto	451
<input type="checkbox"/>	Malattia Congiuntivite/membranite lignea	657	<input type="checkbox"/>	Musladin-Lueke Syndrome (MLS) - Beagle	515
<input type="checkbox"/>	Mannosidosi	420	<input type="checkbox"/>	Myostatin Deficiency* - Whippet	592
<input type="checkbox"/>	Mantello Tobiano	486	<input type="checkbox"/>	Nanismo Ipofisario	529
<input type="checkbox"/>	Mielopatia Degenerativa*	666	<input type="checkbox"/>	Nanismo SD2	572
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita - Miniature Schnauzer	415	<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Bassotto	579
<input type="checkbox"/>	Miotonia Congenita Australian Cattle Dog	562	<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Dobermann	590
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - cane	414	<input type="checkbox"/>	Narcolessia - Labrador Retriever	534
<input type="checkbox"/>	Mucopolisaccaridosi (MPS) VII - gatto	452	<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

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: PI/CF <input type="text" value=""/> INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROVINCIA: () RECAPITO TELEFONICO: E-MAIL:	Firma e timbro del veterinario prelevatore:
--	--

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

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"/>	

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<input type="checkbox"/>	Osteocondrodistrofia - gatto	439	<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico Pappagallo*	589
<input type="checkbox"/>	Osteogenesi Imperfetta - Bassotto	532	<input type="checkbox"/>	RDY (Early Onset Con Dysplasia)	426
<input type="checkbox"/>	OLWS	510	<input type="checkbox"/>	Resistenza al fenobarbitale gene ABCB1	548
<input type="checkbox"/>	Polineuropatia*	596	<input type="checkbox"/>	Ricerca gene Blue Merle	556
<input type="checkbox"/>	Progressive retinal atrophy (prcd-PRA)*	519	<input type="checkbox"/>	SCID	418
<input type="checkbox"/>	PRA-1 - Papillon	560	<input type="checkbox"/>	SCID - cavallo	620
<input type="checkbox"/>	PRA-rcd 1 - Irish setter	463	<input type="checkbox"/>	Sensibilità Ivermectina (MDR1)	444
<input type="checkbox"/>	PRA-rcd 3 - Cardigan Welsh Corgi	464	<input type="checkbox"/>	Sessaggio genetico specie aviarie	401
<input type="checkbox"/>	PRA generalizzata*	584	<input type="checkbox"/>	Spinocerebellar ataxia (SCA)	581
<input type="checkbox"/>	POAG - Beagle	569	<input type="checkbox"/>	Test Sierologico Gruppi Sanguigni	513
<input type="checkbox"/>	POAG - Basset Fauve	658	<input type="checkbox"/>	Tipizzazione Genetica Gruppi Sanguigni	496
<input type="checkbox"/>	POAG - Basset Hound	659	<input type="checkbox"/>	Tossicosi da rame predisposizione ATP7a - Labrador Retriever	594
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico Forense	538	<input type="checkbox"/>	Tossicosi da rame predisposizione ATP7b - Labrador Retriever	595
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - cane	465			
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - cavallo	459			
<input type="checkbox"/>	Profilo Genetico ISAG - gatto	460			

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 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>
--	---

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

FIRMA:

Proprietario:

Nome Paziente:

Microchip/N° di Pedigree:

Specie: Cane Gatto Cavallo Suino Bovino Altro

Razza:

Data di nascita:

M (maschio) F (femmina)

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<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
<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.4

Valido da Maggio 2018

ATTENZIONE - da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A:		Firma e timbro del veterinario prelevatore:
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"/>		
INDIRIZZO:		
CAP:	COMUNE:	
PROVINCIA:	()	
RECAPITO TELEFONICO:		
E-MAIL:		
Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail <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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679. 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"/>		Data di nascita:
Razza:		<input type="checkbox"/> 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		

Test diagnostica molecolare - altro

<input type="checkbox"/>	Analisi Malattia Residua Minima	611
<input type="checkbox"/>	Diagnosi di Clonalità Linfoide B e T del cane	403
<input type="checkbox"/>	Diagnosi di Clonalità 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.4

Valido da Maggio 2018

ATTENZIONE – da compilare gentilmente in STAMPATELLO.

FATTURAZIONE A: 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"/> INDIRIZZO: CAP: COMUNE: PROVINCIA: () RECAPITO TELEFONICO: E-MAIL:	Firma e timbro del veterinario prelevatore:
---	--

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.
 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"/>	

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<input type="checkbox"/>	Babesia gibsoni IgM	252
<input type="checkbox"/>	Bartonella henselae IgG	127
<input type="checkbox"/>	Bartonella henselae IgM	130
<input type="checkbox"/>	Borrelia burgdorferii IgG	104
<input type="checkbox"/>	Borrelia burgdorferii IgM	105
<input type="checkbox"/>	Canine Herpesvirus IgG	132
<input type="checkbox"/>	Cimurro IgG	118
<input type="checkbox"/>	Cimurro IgM	119
<input type="checkbox"/>	Ehrlichia canis IgG	107
<input type="checkbox"/>	Ehrlichia canis IgM	108
<input type="checkbox"/>	Equine Herpesvirus IgG	133
<input type="checkbox"/>	FIPV IgG	116
<input type="checkbox"/>	Leishmania IgG	101
<input type="checkbox"/>	Neorickettsia risticii IgG	122
<input type="checkbox"/>	Neospora caninum IgG	113
<input type="checkbox"/>	Neospora caninum IgM	114
<input type="checkbox"/>	Parvovirus canino IgG	128

Test diagnostica sierologica IFI

<input type="checkbox"/>	Anaplasma phagocytophilum (HGE) IgG	109
<input type="checkbox"/>	Anaplasma phagocytophilum (HGE) IgM	110
<input type="checkbox"/>	Babesia caballi IgG	103
<input type="checkbox"/>	Babesia caballi IgM	117
<input type="checkbox"/>	Babesia canis IgG	115
<input type="checkbox"/>	Babesia equi IgG	102
<input type="checkbox"/>	Babesia equi IgM	106
<input type="checkbox"/>	Babesia gibsoni IgG	251

MODULO DI RICHIESTA ESAMI RE2018rev.4

Valido da Maggio 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"/></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>
---	---

Modalità di refertazione e invio fattura: e-mail

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 e della nuova normativa europea GDPR 2016/679.

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"/>	

URGENZA (analisi genetiche): referto in 5 giorni lavorativi. +30% sul costo dell'analisi

<input type="checkbox"/>	Rickettsia conorii IgG	131
<input type="checkbox"/>	Profilo IFI cavallo 2 "Malattie da zecche"	352
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgG - IgM	306
<input type="checkbox"/>	Rickettsia conorii IgM	134
<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