

PROCEDURE E MATERIALI DISPONIBILI

Accettazione e refertazione medico-veterinaria: esperienze a confronto



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA

Perugia, 31 ottobre 2017

Marenzoni

**PROCEDURA PER DENUNCIA SOSPETTO AVVELENAMENTO:**

Parti coinvolte:

**IZS****ASL****REGIONE**

In base all'O.M. del 13 giugno 2016, recante le norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o di bocconi avvelenati, che modifica in parte le precedenti sul tema, la Regione si è dotata del sistema informatico SIVA (Sistema Informativo Veterinaria e Alimenti, <http://siva.webred.it>) con lo scopo di mettere in relazione veterinari liberi professionisti (LL.PP.), ASL, Istituto Zooprofilattico (IZS) e Sindaco ai fini di un'immediata ed efficace denuncia di sospetto di avvelenamento.

Per tale scopo, il veterinario che emette il sospetto di avvelenamento, **PREVIA REGISTRAZIONE CON I DATI PERSONALI** sul sistema SIVA, deve compilare l'apposito modulo con i dati necessari per effettuare la segnalazione. Il veterinario che inserisce i dati è responsabile di tutti i dati forniti per la segnalazione.

In tal modo arriva la notifica immediata alla ASL e all'IZS. Il modulo andrà poi stampato e inviato, via email o fax, al sindaco.

Sarebbe bene comunque contattare per telefono la ASL (nella persona della Dr.ssa Mancini) perché la ASL deve validare la segnalazione.

Per l'invio dei campioni all'IZS, occorre mandare il campione accompagnato dal numero di registrazione SIVA (meglio con la scheda di accompagnamento stampata che è prodotta in automatico dal sistema).

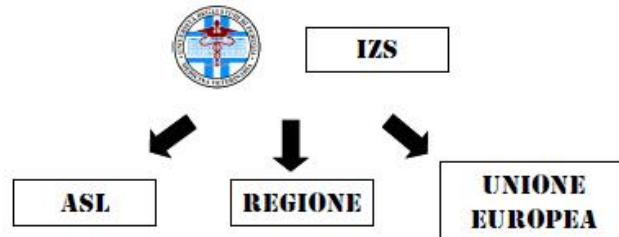
A questo punto i risultati saranno resi disponibili al veterinario stesso sempre sul sistema SIVA.

Preparato	Data	Approvato	Data	Rev.
				00

PROCEDURA PER INVIO CAMPIONI PRESSO L'ISTITUTO ZOOFILATTICO:



Parti coinvolte:



NOTA PER GLI STUDENTI: la consegna di campioni ad un laboratorio, ed in particolare ad un Istituto Zooprofilattico (IZS), è un atto di responsabilità. I campioni inviati devono essere maneggiati con cura per assicurare le migliori condizioni di analisi. Inoltre alcuni di essi costituiscono un rischio biologico, sia per chi li trasporta, che si deve tutelare, sia per chi li riceve, che deve essere tutelato. Le indicazioni per la corretta gestione e trasporto dei campioni a rischio biologico sono indicate nella Circolare n. 3 dell'8 maggio 2003 del Ministero della Salute. Considerando questo e la vicinanza fisica contestuale delle istituzioni coinvolte, l'aspetto del campione trasportato in base alla circolare potrebbe essere il seguente:



OPPURE



PROCEDURA

-Compilare in ogni sua parte il modulo di accettazione dell'Istituto Zooprofilattico Umbria e Marche, disponibile presso l'accettazione dell'OVUD o scaricabile online (http://www.izsum.it/files/Download/64/-1/Mod.Q_019%20rev.005e.pdf) per il modulo generico o scegliere nella lista disponibile su <http://www.izsum.it/IZSUM/Common/pages01/wfContentDownload.aspx?IDMAP=64> per i moduli specifici);

-assicurarsi che sia indicato nel modulo il numero di ordine CIG per l'anno corrente (CIG per il 2017: **ZD41FDD264**) e codice CUU **5DNOGG**, forniti dalla segreteria amministrativa del Dipartimento di Medicina Veterinaria e necessari per poter richiedere la prestazione esterna;

-assicurarsi che sia stato indicato nel modulo il medico dell'OVUD richiedente le analisi (spazio "DATI DELL'UTENTE" e "DATI DEL RICHIEDENTE"), insieme al codice di accettazione del sistema SIOVUD (codice accettazione Filemaker), che serve per identificare l'accesso del soggetto. I campioni accompagnati da schede che non riportino l'indicazione del medico richiedente non verranno accettati dall'IZS.

FAC-SIMILE:

	ISTITUTO ZOOFILATTICO SPERIMENTALE DELL'UMBRIA E DELLE MARCHE	N° ACCETTAZIONE
MODULO ACCETTAZIONE CAMPIONI		
DATI DELL'UTENTE (FATTURAZIONE) PRIVATO <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/>		
RAGIONE SOCIALE / COGNOME E NOME OVUD, Dipartimento Medicina Veterinaria		
Codice Fiscale		Partita Iva 00448820548
Via S. Costanzo 4	Località	
Comune Perugia	Prov. PG	C.A.P. 06126 Telefono
DATI DEL PROPRIETARIO/ATTIVITA' Cod. Allevamento		
RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME Sig. Mario Rossi COD. ACCETTAZIONE SIOVUD n.:		
Via dei Filosofi n. 10	Località	
Comune Perugia	Prov. Perugia	C.A.P. 06126
DATI DEL RICHIEDENTE Telefono		
RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME Dr. Andrea Bianchi CIG n.: CUU: 5DNOGG		
✓ Reparto: Clinica Medica	Località	
Comune	Prov.	C.A.P.



N° accettazione: _____

Data: _____

DATI DEL RICHIEDENTE (FATTURAZIONE)

COGNOME E NOME/RAGIONE SOCIALE: _____
Codice Fiscale _____
Partita Iva _____
Via _____
Località _____ Comune _____
Prov. _____ C.A.P. _____ Telefono _____

DATI DEL PROPRIETARIO/ATTIVITA'

RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME: _____
Via _____ Località _____
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Il referto dovrà essere inviato a _____ tramite

- email
- fax

DATI ANIMALE

Specie _____
Razza _____
Sesso _____
Età _____ Data di nascita _____
Tatuaggio/microchip _____ Nome _____

Anamnesi

N° di campioni _____
Tipo di campione _____
Analisi richiesta _____

I costi dei servizi sono riportati nel Tariffario. Nel caso in cui vengano erogate prestazioni complesse, al momento dell'accettazione del campione verranno fornite informazioni dettagliate.

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 PROPRIETARIO: _____

DATA: ___/___/___ FIRMA VETERINARIO: _____

Io sottoscritto dichiaro 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 dati 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: _____





Di. Med. Vet.
OVUD
Re.La.Di.
Servizio di XXXX

Modello PrevLAB2
Rev. 00
Data: 31/10/2017

PREVENTIVO n°

Egr. Sig.....

il sottoscritto Dott....., in riferimento alla entrata in vigore della "LEGGE 4 agosto 2017, n. 124 Legge annuale per il mercato e la concorrenza", comunica le tariffe relative alle prestazioni di laboratorio di base erogate presso questa struttura. Per quanto attiene ad altre prestazioni verrà fornito un preventivo di massima.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Esame batteriologico | € |
| <input type="checkbox"/> Antibiogramma | € |
| <input type="checkbox"/> Antibiogramma espanso | € |
| <input type="checkbox"/> Emocoltura | € |
| <input type="checkbox"/> PCR da DNA | € |
| <input type="checkbox"/> PCR da RNA | € |
| <input type="checkbox"/> Altro | € |

Questo atto viene sottoscritto da Lei, in qualità di proprietario o detentore dell'animale e per il quale ha ricevuto apposita delega (allegare) dal proprietario, e dal sottoscritto in qualità di medico.

Data e Luogo

Firma del Medico

Firma del proprietario/detentore



Di. Med. Vet.
OVUD
Re.La.Di.
Servizio di XXXX

Modello RicLAB1
Rev. 00
Data: 31/10/2017

Il sottoscritto....., riceve in data

il campione identificato con codice SIOVUD.....

dal Sig..... inviato dal Dr.....

Firma



PROSSIME TAPPE:

- Procedura per malattie infettive
- Uniformazione format di refertazione
- Miglioramento delle pagine web delle singole sezioni



GRAZIE A TUTTI PER L'ATTENZIONE!

