



## SOLICITUD DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

### DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos:					
Nombre:					
NIF/CIF:					
Clínica/Empresa/Institución:					
Dirección:					
Población:		CP:		Provincia:	
Teléfono:			e-mail:		

### DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO/SOLICITUD ANÁLISIS (Marque)

<input type="checkbox"/>	Sistemática toxicológica general (screening)	
<input type="checkbox"/>	Sistemática toxicología especial	
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Organofosforados*	Insecticidas organoclorados*
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Carbamatos*	Otros pesticidas y biocidas*
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Neonicotinoides*	Barbitúricos
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Piretroides*	$\alpha$ -Cloralosa
<input type="checkbox"/>	Estricnina	Metales pesados (Pb, Cd, Zn o Cu)
<input type="checkbox"/>	Molusquicidas (Metaldehido, Metiocarb)	Mercurio
<input type="checkbox"/>	Rodenticidas anticoagulantes*	Otros (especificar)*
<input type="checkbox"/>	Medicamentos veterinarios (antibióticos, AINEs, antiparasitarios, etc)*	

\*El laboratorio tiene un panel de productos seleccionados

### MUESTRAS REMITIDAS

Tipo de muestra Cadáver Tejidos/Fluidos Cebo/Producto sospechoso Agua/Alimentos  
(Márquelas): Otras (especificar) \_\_\_\_\_

En caso de animales. Cite la/s especie/s:

Identificaciones y marcas:

Muestras remitidas (Márquelas):

Hígado Contenido gástrico Sangre Riñón Corazón Pulmón Orina Digestivo Cerebro  
Otras \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud:	Fecha recepción muestras:
Firma del solicitante:	Firma y Sello (STVF-UM / UTF-UM)
Fdo.	Fdo.