



SOLICITUD DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos:	
Nombre:	
NIF/CIF:	

DATOS DEL CLIENTE

Clínica/Empresa/Institución:			
Dirección facturación:			
Población:	CP:	Provincia:	
Teléfono:	e-mail:		
NIF/CIF de facturación:			

SOLICITUD DE ANÁLISIS Y/O INFORME PERICIAL

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

Requiere informe pericial (En caso de no necesitar informe pericial se comunicará el resultado por email)

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.