



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*	Insecticidas organoclorados*
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Carbamatos*	Otros pesticidas y biocidas*
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Neonicotinoides*	Barbitúricos
<input type="checkbox"/>	Insecticidas Piretroides*	α -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)*	

<input type="checkbox"/>	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.