

Datos del animal y del tutor:

Nombre del tutor: _____

Nombre del animal: _____

Raza: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Fecha de extracción: ____ / ____ / ____

Datos de la clínica:

Veterinario: _____

Nombre Clínica: _____

Dirección: _____

Población y C.P. _____

Provincia: _____

Teléf. _____

Email: _____



Seleccione sus test

PAX® SCREENING: resultado positivo o negativo
PAX® COMPLETO: resultado individual para cada alérgeno y propuesta de inmunoterapia

PERRO

PAX® SCREENING

- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

PAX® COMPLETO

- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

Volumen de suero mínimo necesario: 1,5ml

CABALLO

PAX® SCREENING

- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

PAX® COMPLETO

- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

OTROS PAX®

- Insectos

Volumen de suero mínimo necesario: 1,5ml

GATO

PAX® SCREENING

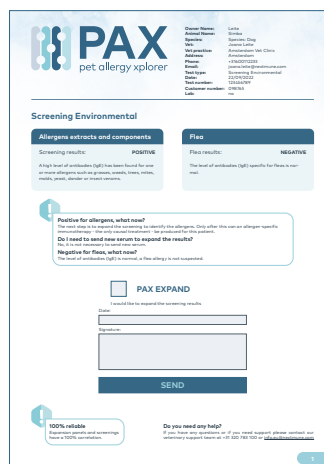
- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

PAX® COMPLETO

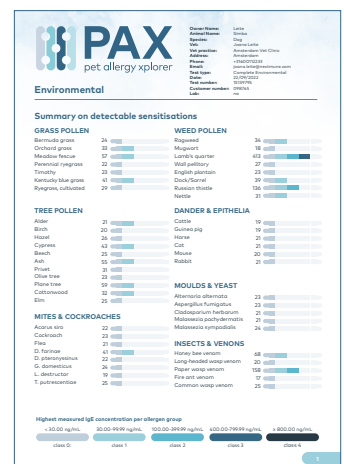
- Ambientales
- Alimentos
- Ambientales + Alimentos

Volumen de suero mínimo necesario: 1,5ml

Por favor, dele la vuelta a la hoja para completar la información del historial clínico. Esta información es muy importante para que nuestro equipo pueda aconsejarle correctamente sobre la composición de la inmunoterapia.



Ejemplo SCREENING



Ejemplo DETALLADO



Historial Clínico:

¿A qué edad aparecieron los primeros síntomas? _____

¿Qué síntomas presenta el paciente? (marque todo lo que corresponda)

- Prurito Síntomas respiratorios Anafilaxia
 Lesiones cutáneas Síntomas oculares Otro
 Otitis Síntomas gastrointestinales _____

¿Cuándo se manifiestan los síntomas más claramente? (marque todo lo que corresponda)

- Primavera Otoño Todo el año
 Verano Invierno

¿Dónde se manifiestan los síntomas más claramente?

- Interior Exterior Ninguna diferencia

¿Ha habido un diagnóstico clínico de alergia a lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- 1) Alimentos: Sí No

Especifique qué alimento: _____

¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas tras ingerir ese alimento?

- <3 horas 3-12 horas 12-24 horas 24-48 h > 48 h

- 2) Picaduras de insectos: Sí No

Especifique cuál: _____

- 3) Otro/s: Sí No

Especifique cuál/es: _____

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde el inicio del brote actual?

- Menos de una semana Más de una semana

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que se manifestaron los síntomas?

- El paciente sigue sintomático Menos de un mes Más de un mes

Otros datos: lesiones, medicación recibida, sigue o no en tratamiento, comida habitual, etc.

¿Convive con otros animales? ¿Cuáles?

- Sí No



Instrucciones para el envío de muestras:

Introduzca este formulario con su muestra en los sobres suministrados por Nextmune. Son gratuitos y puede solicitar más en cualquier momento. (Nota: no hay problema si no dispone de sobres Nextmune, cualquier material de envío será adecuado siempre que la muestra esté bien protegida). No olvide enviar sus datos de facturación y contacto si es la primera vez que solicita nuestros servicios.

Puede remitir la muestra por correo o por la mensajería de su elección. Si lo desea, puede hacerlo a través de la agencia **NACEX** según las condiciones abajo indicadas y sin ningún tipo de coste.

NACEX Teléfono: 91 201 42 50 o por correo electrónico 2878.operativa@nacex.es

Indicar que se solicita un SERVICIO ESTANDAR (sin frío) para NEXTMUNE a portes en destino.