

## RINOPOLMONITE da EHV-1/EHV4 negli equidi

### SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI

EQUIDE			
Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
<b>Motivo del prelievo:</b> <input type="checkbox"/> capo deceduto <input type="checkbox"/> capo sintomatico <input type="checkbox"/> capo venuto a contatto con sospetto/positivo			
<b>Specie:</b> cavallo <input type="checkbox"/> asino <input type="checkbox"/> mulo <input type="checkbox"/> bardotto <input type="checkbox"/>			
<b>Sesso:</b> maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> castrone <input type="checkbox"/>			
Data rilievo dei sintomi _____ Data presunta di inizio dei sintomi _____			
<b>SINTOMI (barrare sempre si/no)</b>			
1. febbre	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	7. scolo nasale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	8. tosse	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. incoordinazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	9. dispnea	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. atassia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10. cecità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. paresi/paralisi aa post	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	11. aborto	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. decubito permanente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	12. natimortalità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)</b>			
<input type="checkbox"/> tampone nasale <input type="checkbox"/> sangue senza anticoagulante/Siero <input type="checkbox"/> feto/carcassa intera			
<input type="checkbox"/> invogli fetali <input type="checkbox"/> fegato* <input type="checkbox"/> milza* <input type="checkbox"/> polmone* <input type="checkbox"/> timo* <input type="checkbox"/> encefalo* <input type="checkbox"/> midollo spinale*			
• da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto			

EQUIDE			
Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
<b>Motivo del prelievo:</b> <input type="checkbox"/> capo deceduto <input type="checkbox"/> capo sintomatico <input type="checkbox"/> capo venuto a contatto con sospetto/positivo			
<b>Specie:</b> cavallo <input type="checkbox"/> asino <input type="checkbox"/> mulo <input type="checkbox"/> bardotto <input type="checkbox"/>			
<b>Sesso:</b> maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> castrone <input type="checkbox"/>			
Data rilievo dei sintomi _____ Data presunta di inizio dei sintomi _____			
<b>SINTOMI (barrare sempre si/no)</b>			
1. febbre	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	7. scolo nasale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	8. tosse	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. incoordinazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	9. dispnea	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. atassia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10. cecità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. paresi/paralisi aa post	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	11. aborto	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. decubito permanente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	12. natimortalità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)</b>			
<input type="checkbox"/> tampone nasale <input type="checkbox"/> sangue senza anticoagulante/Siero <input type="checkbox"/> feto/carcassa intera			
<input type="checkbox"/> invogli fetali <input type="checkbox"/> fegato* <input type="checkbox"/> milza* <input type="checkbox"/> polmone* <input type="checkbox"/> timo* <input type="checkbox"/> encefalo* <input type="checkbox"/> midollo spinale*			
• da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto			

Veterinario prelevatore: Dr. \_\_\_\_\_

Telefono 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ ASL  Libero Profess

Mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_