

DATI ANAGRAFICI

ASL: _____ Data visita _____

Codice identificazione azienda (DPR 317/96) |

Denominazione proprietari _____

DATI SULLA CONDUZIONE DELL'AZIENDA

INFORMAZIONI GENERALI

L'allevamento è: _____

Al momento dell'insorgenza del focolaio gli animali si trovano: _____

Nel caso gli animali si trovano al pascolo riportare le coordinate geografiche:

Latitudine _____ Longitudine _____

Sono possibili contatti tra gli animali dell'allevamento e animali selvatici appartenenti a specie recettive all'infezione sospettata/confermata ?

L'azienda è dotata di barriere che impediscono l'accesso agli estranei ?

L'abitazione del detentore è all'interno dell'azienda?

Esiste un macello annesso all'azienda ?

Il carico/scarico animali avviene:

Si effettua la quarantena per gli animali di nuova introduzione?

Esiste una zona in azienda destinata alla disinfezione degli automezzi?

E' effettuato il tutto pieno-tutto vuoto?

Sono presenti apparecchiature a pressione per la pulizia (pulivapor)?

L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto degli animali?

In caso affermativo riportare le targhe degli autoveicoli:

Tipo di ventilazione:

Animali sono alimentati con:

Approvvigionamento:

Produzione mangime

Produzione foraggio

Numero totale silos

Modalità di approvvigionamento

Trattamento dell'acqua:

CONTATTI INDIRETTI CON ALTRI ALLEVAMENTI

Tipo di contatto:	personale <input type="checkbox"/>	luogo di abbeverata <input type="checkbox"/>	scambi di alimenti <input type="checkbox"/>	stalla di sosta <input type="checkbox"/>
	attrezzature <input type="checkbox"/>	liquami/deiezioni <input type="checkbox"/>	mezzi di trasporto comuni <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
Proprietario	_____			Codice luogo _____
	_____			Data ultimo contatto _____
Tipo di contatto:	personale <input type="checkbox"/>	luogo di abbeverata <input type="checkbox"/>	scambi di alimenti <input type="checkbox"/>	stalla di sosta <input type="checkbox"/>
	attrezzature <input type="checkbox"/>	liquami/deiezioni <input type="checkbox"/>	mezzi di trasporto comuni <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
Proprietario	_____			Codice luogo _____
	_____			Data ultimo contatto _____
Tipo di contatto:	personale <input type="checkbox"/>	luogo di abbeverata <input type="checkbox"/>	scambi di alimenti <input type="checkbox"/>	stalla di sosta <input type="checkbox"/>
	attrezzature <input type="checkbox"/>	liquami/deiezioni <input type="checkbox"/>	mezzi di trasporto comuni <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
Proprietario	_____			Codice luogo _____
	_____			Data ultimo contatto _____
Tipo di contatto:	personale <input type="checkbox"/>	luogo di abbeverata <input type="checkbox"/>	scambi di alimenti <input type="checkbox"/>	stalla di sosta <input type="checkbox"/>
	attrezzature <input type="checkbox"/>	liquami/deiezioni <input type="checkbox"/>	mezzi di trasporto comuni <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
Proprietario	_____			Codice luogo _____
Specie allevata	_____			Data ultimo contatto _____

SMALTIMENTO DEIEZIONI

Tipo di smaltimento

Tipo di smaltimento

INGRESSO AUTOVEICOLI (Da ultimo controllo negativo)

Tipo di trasporto	Ultima data di accesso in azienda	Frequenza di accesso in azienda (n.)	Ditta usuale fornitrice del servizio e	Targa automezzo(*)

*nel caso in cui automezzi diversi eseguano il trasporto, segnalare la targa dell'automezzo che eseguito l'ultimo trasporto.

INGRESSO PERSONE (Da ultimo controllo negativo)

Nome e Cognome	Qualifica	Motivo visita	Data visita

ELENCO DEI RICOVERI DEGLI ANIMALI

N. ricovero struttura (numerare progressivamente)	Specie animale presente	Categoria	N. capi presenti

UTILIZZO PASCOLI

Tipo Pascolo (Proprio/In affitto)	Codice Pascolo	Comune (Prov.)	Località	DAL	AL

RIMONTA

Tipo Rimonta	Tipo Provenienza	Nazionale Regione/Provincia	Estera Stato/Regione

DATI RIPRODUTTIVI

Tipo Fecondazione	Maschio di proprietà?	Codice azienda provenienza	Periodi in cui il maschio è stato inserito tra le femmine	
			Data inizio	Data fine

PRODUZIONE LATTECaseificazione in Conferisce latte: Controllato Area C:

Provincia	Comune	Nome Ditta

PRODUZIONE CARNE E DERIVATI

Vendita diretta

Vendita a Ditte

Provincia	Comune	Nome Ditta

INTERVENTI TERAPEUTICI

Riportare le informazioni relative agli interventi terapeutici effettuati nelle ultime 6

Data inizio terapia	Data fine terapia	Principio attivo farmaco	Nome commerciale	Numero capi trattati

**SINTOMATOLOGIA E RICONTRI ANATOMO-PATOLOGICI
(DA RIPETERE PER CIASCUNA SPECIE ANIMALE CON SINTOMI)**

Specie _____

Stato generale

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Depressione sensorio | <input type="checkbox"/> Ipertermia | <input type="checkbox"/> Calo produzione _____% |
| <input type="checkbox"/> Ipereccitabilità | <input type="checkbox"/> Stupore | <input type="checkbox"/> Dimagrimento |
| <input type="checkbox"/> Linfoadnomegalia | <input type="checkbox"/> Anoressia | <input type="checkbox"/> Nessun sintomo evidente |

Cute e mucose

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Lesioni vescicolari: | <input type="checkbox"/> Bocca | <input type="checkbox"/> Piedi | <input type="checkbox"/> Mammella |
| <input type="checkbox"/> Papule | <input type="checkbox"/> Pustole | <input type="checkbox"/> Noduli | <input type="checkbox"/> Ulcere |
| <input type="checkbox"/> Lesioni | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Cianosi | <input type="checkbox"/> Emorragie cutanee |
| <input type="checkbox"/> Necrosi | <input type="checkbox"/> Ponfi | <input type="checkbox"/> Aree depigmentate | <input type="checkbox"/> Cheratite |

Sindromi respiratorie

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scolo nasale | <input type="checkbox"/> Dispnea | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Congestione |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Emorragie | <input type="checkbox"/> Fibrosi polmonare | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Infiammazione della mucosa delle vie respiratorie | | | |

Sindromi gastro-enteriche

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Emorragie intestinali | <input type="checkbox"/> Enterite | <input type="checkbox"/> Epatite | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Emorragie mucosa gastrica/prestomaci | | <input type="checkbox"/> Aumento della salivazione | |

Sindromi nervose

ALTERAZIONE DELLA POSTURA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>A CARICO DELLA TESTA</u>
<input type="checkbox"/> Abbassamento | <input type="checkbox"/> Opistotono | <input type="checkbox"/> Deviazione laterale |
| <input type="checkbox"/> <u>A CARICO DEL TRONCO</u>
<input type="checkbox"/> Scoliosi | <input type="checkbox"/> Lordosi | <input type="checkbox"/> Cifosi |
| <input type="checkbox"/> <u>A CARICO DEGLI ARTI</u>
<input type="checkbox"/> Incapacità a mantenere la stazione quadrupedale | <input type="checkbox"/> Appoggio su base più ampia | <input type="checkbox"/> Debolezza arti posteriori |

ALTERAZIONI NEL MOVIMENTO

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>DEFICIT PROPRIOCETTIVI</u> | <input type="checkbox"/> Malposizionamento degli arti | |
| <input type="checkbox"/> <u>PARESI/PLEGIA</u> | <input type="checkbox"/> Trascinamento degli arti | |
| <input type="checkbox"/> <u>MOVIMENTI DI MANEGGIO</u> | <input type="checkbox"/> Monoparesi/Plegia | <input type="checkbox"/> Tetraparesi/Plegia |
| <input type="checkbox"/> <u>ATASSIA LOCOMOTORIA</u> | <input type="checkbox"/> Paraparesi/Plegia | <input type="checkbox"/> Emiparesi/Plegia |
| <input type="checkbox"/> <u>CADUTE A TERRA IMPROVVISE</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>DISMETRIE</u> | <input type="checkbox"/> A carico degli arti (Iper-Ipometria) | |
| | <input type="checkbox"/> A carico della testa | |
| <input type="checkbox"/> <u>MOVIMENTI ANOMALI</u> | <input type="checkbox"/> Tremori | |
| | <input type="checkbox"/> Mioclonie | |

ALTERAZIONI SENSORIALI

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Disturbi visivi (non attribuibili a traumi) | <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Prurito (non attribuibile ad |
|--|---------------------------------|---|

ALTRI SINTOMI CLINICI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ptosi labbro inferiore o paresi/Paralisi dei muscoli labiali o | <input type="checkbox"/> Digrignamento dei denti |
|---|--|

Altri sintomi

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mastite | <input type="checkbox"/> Orchite | <input type="checkbox"/> Artrite |
| <input type="checkbox"/> Ipertrofia linfonodi | <input type="checkbox"/> Splenomegalia | <input type="checkbox"/> Aborto |
| <input type="checkbox"/> Nati mortalità | <input type="checkbox"/> Altre turbe riproduttive | <input type="checkbox"/> Lacrimazione |

CONCLUSIONI

ORIGINI

L' allevatore

Il veterinario