



**INDAGINE CLINICA SU ANIMALI SOSPETTI DI BSE**  
**D.M.7 gennaio 2000** Articolo 7, comma 1, lettera b)

Azienda USL di .....

Nome e Cognome del veterinario compilatore .....

**LUOGO DEL SOSPETTO**

MACELLO \*

ALLEVAMENTO \*\*

**QUADRO 1**

**DATI SUL MACELLO**

Numero di autorizzazione del macello  
(bollo CEE o autorizzazione regionale): .....

Denominazione: .....

Indirizzo: .....

Sigla Provincia

Codice Istat Comune

CAP

**QUADRO 2**

**DATI SULL'ALLEVAMENTO**

Codice aziendale

Detentore:

Nome ..... Cognome .....

Codice Fiscale

Proprietario (da riempire se diverso dal detentore):

Nome ..... Cognome .....

Codice Fiscale

Indirizzo allevamento: Via .....

\* Se il sospetto è stato effettuato al macello, riempire il quadro 1, 3 e 5

\*\* Se il sospetto è stato effettuato in allevamento riempire il quadro 2, 4, 5 e 6

**QUADRO 3****DATI ANAGRAFICI DEL CAPO CON SINTOMATOLOGIA SOSPETTA (se rilevato al macello)**Codice marca auricolare del capo  Sesso:      maschio     femmina       Razza: .....Data di nascita dell'animale   

Origine dell'animale:

 Proveniente da azienda italiana: specificare il codice di azienda    Introdotta da Paesi dell'UE Importata da Paesi Terzi**QUADRO 4****DATI ANAGRAFICI DEL CAPO CON SINTOMATOLOGIA SOSPETTA (se rilevato in allevamento)**Codice marca auricolare del capo  Sesso:      maschio     femmina       Razza: .....Data di nascita dell'animale   

Origine dell'animale:

Nato in allevamento     Introdotta da Paesi dell'UE     Importata da Paesi Terzi Acquistata da altra azienda italiana

**QUADRO 5****DATI CLINICI**Data rilievo della sintomatologia:     Data inizio sintomatologia:     Esame obiettivo generale (principali alterazioni evidenziate): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Esame clinico neurologico:**Alterazioni del comportamento: Si  No 

- |   |   |
|---|---|
| Apatia <input type="checkbox"/>   | Nervosismo di fronte a porte e passaggi <input type="checkbox"/>          |
| Timore <input type="checkbox"/>   | Aggressività <input type="checkbox"/>                                     |
| Apprensione con reazione anormale agli stimoli <input type="checkbox"/> | Aggressività con tendenza a scalciare e caricare <input type="checkbox"/> |
| Ritrosia nel superare le soglie <input type="checkbox"/>                | Aumento delle vocalizzazioni <input type="checkbox"/>                     |
| Ipersensibilità agli stimoli <input type="checkbox"/>                   | Leccamento di fianchi/naso <input type="checkbox"/>                       |
| Nervosismo <input type="checkbox"/>                                     | Digrignamento dei denti <input type="checkbox"/>                          |
|   | Sbadigli <input type="checkbox"/>   |

Altro (specificare): .....

**Alterazioni della sensibilità:**Sensorio: normale  depresso  eccitato 

- |  |   |
|--|---|
| Iperattività a stimoli sonori e visivi <input type="checkbox"/>                            | Movimenti frequenti della lingua <input type="checkbox"/>                       |
| Movimenti frequenti ed anormali delle orecchie spesso asimmetrici <input type="checkbox"/> | Strofinamento di testa e spalle contro muri e steccati <input type="checkbox"/> |
|  | Prurito <input type="checkbox"/>  |
| Orecchie all'indietro <input type="checkbox"/>   | Aumento della salivazione <input type="checkbox"/>                              |
| Scuotimenti della testa <input type="checkbox"/>   | Leccamento dei piedi <input type="checkbox"/>                                   |
| Iperattività a stimoli tattili <input type="checkbox"/>                                    | Leccamento frequente del musello <input type="checkbox"/>                       |
| ( strisciamento fronte, nuca, arti posteriori )  |   |

Altro specificare .....







**QUADRO 6 (prima parte)**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL PERIODO DI OSSERVAZIONE CLINICA**

Il capo è stato sottoposto ad un periodo di osservazione clinica di 15 giorni a partire dal:

□□ □□ □□□□

**EVOLUZIONE**

2° visita data..... Stazionario  Miglioramento  Peggioramento   
 3° visita data..... Stazionario  Miglioramento  Peggioramento   
 4° visita data..... Stazionario  Miglioramento  Peggioramento

**ESITO DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE CLINICA**

Le misure restrittive sono state revocate in quanto è stata effettuata la diagnosi della malattia in data □□ □□ □□□□ evidenziando che l'animale era affetto da:

nome della malattia diagnosticata: \_\_\_\_\_

agente eziologico identificato: \_\_\_\_\_

Per effettuare la diagnosi stati prelevati i seguenti campioni per l'effettuazione dei seguenti accertamenti diagnostici:

| Tessuto prelevato | N. campioni | Accertamento richiesto |
|-------------------|-------------|------------------------|
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |

Le misure restrittive sono state revocate in data □□ □□ □□□□ in quanto si è avuta regressione della sintomatologia clinica

**QUADRO 6 (seconda parte)****INFORMAZIONI RELATIVE AL PERIODO DI OSSERVAZIONE CLINICA**

- Il capo è morto in data       sono stati prelevati i seguenti campioni per l'effettuazione dei seguenti accertamenti diagnostici:

| Tessuto prelevato | N. campioni | Accertamento richiesto |
|-------------------|-------------|------------------------|
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |

- Al termine del periodo di osservazione clinica NON è possibile escludere la diagnosi di BSE, per cui, in data       l'animale è stato abbattuto e sono stati prelevati i campioni per esame diagnostico per la BSE.

| Tessuto prelevato | N. campioni | Accertamento richiesto |
|-------------------|-------------|------------------------|
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |
|                   |             |                        |

- Il capo è stato sottoposto a visita collegiale in data .....

Luogo e Data di compilazione .....

Firma del veterinario compilatore .....