

ALLEGATO 1

TUBERCOLOSI BOVINA / BUFALINA FOCOLAIO SCHEMA DI RILEVAMENTO DATI AL MACELLO

DR..... Recapito telefonico.....

A.S.L. n° Data/...../.....

MACELLO N° TEL.

VIA..... COMUNE PROV.

ANIMALI PROVENIENTI DA ALLEVAMENTO INFETTO (marcati)

Allevamento: Codice identificazione azienda (DPR 317/96)

Denominazione azienda

Proprietario

Via..... N°.....

Comune Prov.

A.S.L.

NUMERO E TIPO DI ANIMALI ESAMINATI

VITELLI	N° _____	VITELLI BUFALINI(1)	N° _____
VITELLONI	N° _____	ANNUTOLI(2)	N° _____
TORI	N° _____	TORI BUFALINI	N° _____
MANZE	N° _____	ANNUTOLE(3)	N° _____
VACCHE IN PRODUZIONE	N° _____	BUFALE IN PRODUZIONE	N° _____
VACCHE DA RIFORMA	N° _____	BUFALE DA RIFORMA	N° _____
.....	N° _____	N° _____

(1) Dalla nascita allo svezzamento.

(2) Dallo svezzamento a 24 mesi.

(3) Dallo svezzamento al primo intervento fecondativo.

REPERTO ISPETTIVO

	N.° animali esaminati	N.° animali con lesioni tubercolari
Vitelli	N° _____	N° _____
Vitelloni	N° _____	N° _____
Tori	N° _____	N° _____
Manze	N° _____	N° _____
Vacche in produzione	N° _____	N° _____
Vacche da riforma	N° _____	N° _____
.....	N° _____	N° _____
Vitelli bufalini	N° _____	N° _____
Annutoli	N° _____	N° _____
Tori bufalini	N° _____	N° _____
Annutole	N° _____	N° _____
Bufale in produzione	N° _____	N° _____
Bufale da riforma	N° _____	N° _____
.....	N° _____	N° _____

MATERIALE PATOLOGICO DA PRELEVARE ⁽¹⁾

(anche in caso di reperto anatomico-patologico negativo)

IN PRESENZA DI LESIONI SOSPETTE:

A) ORGANI SEDE DI LESIONE ⁽²⁾

Evitare di incidere a fondo i siti di lesione per non compromettere l'esito dell'esame colturale (possibile inquinamento del campione)

IN APPARENTE ASSENZA DI LESIONI RIFERIBILI A TBC:

A) TONSILLE

B) LINFONODI :

RETROFARINGEI

MANDIBOLARI

TRACHEOBRONCHIALI

MEDIASTINICI

MESENTERICI

EPATICO - MESENTERICI (NEI VITELLI)

SUB - ILIACI

C) POLMONE

(1): I campioni confezionati singolarmente in contenitore sterile a tenuta ed identificati con etichetta riportante il n° di matricola dell'animale e natura dell'organo contenuto, devono essere inviati nel più breve tempo possibile alla vicina Sezione dell'Istituto Zooprofilattico, avendo cura di mantenerli a temperatura di refrigerazione. Se l'invio non è effettuabile entro 12 ore dal prelievo, è necessario suddividere il campione in due aliquote, una delle quali da sottoporre a congelamento (esame colturale), e la seconda da congelare o fissare in formalina al 10% (esame istologico).

(2): Inviare al laboratorio, in ogni caso, le lesioni tubercolari o similtubercolari riscontrate in sede ispettiva; in assenza di queste prelevare un numero adeguato di campioni, dagli animali risultati positivi alla tubercolina, previo accordo con l'IZS competente.

Contrassegno Identificazione (marca auricolare)	Organi colpiti		Tipo di lesione ⁽³⁾	Lesioni aspecifiche ⁽⁴⁾	Organi / Sangue prelevati	
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue
.....	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Ln. retrofaringei <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln.tracheobronchiali <input type="checkbox"/> Ln. Mediastinici	<input type="checkbox"/> Ln. mesenterici <input type="checkbox"/> Ln. epatici <input type="checkbox"/> Ln. mandibolari <input type="checkbox"/> Ln. sub-iliaci <input type="checkbox"/> Sangue

(3) Tipo di lesione : 1- complesso primario, 2- generalizzazione acuta miliare, 3- generalizzazione protratta, 4- forma organica cronica evolutiva, 5- collasso delle resistenze generali, 6- nessuna lesione apparente (NVL).

(4) Descrivere le eventuali lesioni non riconducibili all'infezione tubercolare ma a patologie in grado di generare false positività: 1 - Paratubercolosi, 2 - Distomatosi, 3- Actinogranulomatosi, 4-Elmintiasi gastro-int., 5- Lesioni da corpo estraneo, 6- Cisticercosi / idatidosi, 7- Granuloma di Roeckl, 8- Ectoparassitosi, 9- Nocardiosi, 10- Dermatite nodosa, 11- Altro (specificare).

SPAZIO RISERVATO ALLA SEZIONE DIAGNOSTICA – I.Z.S.

Numero di registro sezione:

Contrassegno Identificazione (marca auricolare)	Esami di laboratorio effettuati	Osservazioni
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA DI INVIO ALL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO

...../...../.....

SEDE CENTRALE

SEZIONE DI

Il Veterinario

.....