



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
U.O.D. Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria

Allegati n. 4

REGIONE CAMPANIA

Ai Dipartimenti di Prevenzione
delle AASSLL

Prot. 2019. 0403088 26/06/2019 09,57
Mitt. : 500401 Prevenzione e sanità pubblica

Dest. : I. Z. S. DEL MEZZOGIORNO: DIRETTORI GENERALI DELLE AA. ...
DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AA.SS.LL. : OERV C/O IZS PORTICI
Classifica : 20.1.19. Sottofasc. : 3-3 del 2019

Ai Direttori Generali/Commissari Straordinari
delle AA.SSLL.



All'Istituto Zooprofilattico
Sperimentale del Mezzogiorno

All'OERV

Loro Sedi

Oggetto: Delibera di Giunta Regionale n. 207 del 20/5/2019: "Piano straordinario per il controllo delle malattie infettive della bufala mediterranea italiana per la Regione Campania" - Precisioni.

Facendo seguito alla nota prot. n. 03392845 del 21/06/2019, si trasmettono in allegato copia delle schede di rilevamento al macello (Allegato 1, Allegato 2 e dell'Allegato 3) che sostituiscono quelle allegate alla DGR 207/2019.

Si tramette, altresì, allegata alla presente il diagramma di flusso modificato.

Le SSLL sono invitate ad attenersi a quanto prescritto.

Il Dirigente della U.O.D.
Dr. Paolo Sarnelli

Classificazione: 481 (2019) 3-3

MATERIALE PATOLOGICO DA PRELEVARE (1)
(anche in caso di reperto anatomo-patologico negativo)

IN PRESENZA DI LESIONI SOSPETTE	IN APPARENTE <u>ASSENZA</u> DI LESIONI RIFERIBILI A TBC			
	LINFONODI TESTA	LINFONODI TORACE	LINFONODI ADDOME	ALTRI LINFONODI
TESSUTI (ORGANI E LINFONODI) SEDE DI LESIONE Evitare di incidere a fondo i siti di lesione per non compromettere l'esito dell'esame colturale (possibile inquinamento del campione)	L. RETROFARINGEI	L. MEDIASTINICI	L. MESERAICI	L. MAMMARI
	L. MANDIBOLARI			L. POPLITEI
	TONSILLE	L. TRACHEOBRONCHIALI	L. PERIPORTALI	L. PRESCAPOLARI L. ILIACI

(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 48 ORE DAL PRELIEVO sottoporli a congelamento.

CONTRASSEGNO IDENTIFICAZIONE (marca auricolare)	TESSUTI COLPITI		TIPO DI LESIONE (3)	LESIONI ASPECIFICHE (4)	TESSUTI PRELEVATI	
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. MAMMARI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. POPLITEI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. ILIACI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> POLMONE	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> FEGATO	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO

(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 positivita': 1 - Paratuberculosis, 2 - Distomatosi, 3- Actinogranulomatosi, 4-Elmintiasi gastro-int., 5- Lesioni da corpo estraneo, 6- Cisticercosi / idatidiosi, 7- Granuloma di Roeckl, 8- Ectoparassitosi, 9- Nocardiosi, 10- Dermatite nodosa, 11- Altro (specificare).

DATA DI INVIO ALL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO _____

SEDE CENTRALE

SEZIONE DI _____

Il Veterinario

TUBERCOLOSI BOVINA/BUFALINA ALLEVAMENTO BOVINO/BUFALINO SCHEDA DI RILEVAMENTO DATI AL MACELLO	ALLEGATO 2 DGRC 207 del 20/05/2019 Quesito TBC2
--	--

Alla sede IZSM di _____

Alla ASL _____

VERBALE N. _____	DEL _____
------------------	-----------

MACELLO	MEDICO VETERINARIO _____ _____ _____	ALLEVAMENTO	DENOMINAZIONE AZIENDA _____ _____ _____
	N° TEL _____		CODICE IDENTIFICAZIONE AZIENDA _____
	ASL _____		PROPRIETARIO _____
	MACELLO _____		VIA _____
	N° TEL _____		N° _____
	VIA _____		COMUNE _____
	COMUNE _____		PROV. _____
	PROV. _____		ASL _____

SPECIE

BUFALINA

BOVINA

CAPI <u>POSITIVI</u> e/o <u>DUBBI</u> ALLA PROVA IDT SINGOLA e/o <u>POSITIVI</u> GAMMA - INTERFERONE OGGETTO DI PROVVEDIMENTO DI ABBATTIMENTO PROVENIENTI DA AZIENDA <u>FOCOLAIO TBC</u>

REPERTO ISPETTIVO

BUFALI

BOVINI

N° E TIPO DI ANIMALI ESAMINATI	N° ANIMALI CON LESIONI TUBERCOLARI
VITELLI BUFALINI (1) N° _____	
ANNUTOLI (2) N° _____	
TORI BUFALINI N° _____	
MANZE (3) N° _____	
BUFALE IN PRODUZIONE N° _____	
BUFALE DA RIFORMA N° _____	

N° E TIPO DI ANIMALI ESAMINATI	N° ANIMALI CON LESIONI TUBERCOLARI
VITELLI N° _____	
VITELLONI N° _____	
TORI N° _____	
MANZE N° _____	
VACCHE IN PRODUZIONE N° _____	
VACCHE DA RIFORMA N° _____	

(1) DALLA NASCITA ALLO SVEZZAMENTO
 (2) DALLO SVEZZAMENTO A 24 MESI
 (3) DALLO SVEZZAMENTO AL PRIMO INTERVENTO FECONDATIVO

MATERIALE PATOLOGICO DA PRELEVARE (1)
(anche in caso di reperto anatomo-patologico negativo)

IN PRESENZA DI LESIONI SOSPETTE	IN APPARENTE ASSENZA DI LESIONI RIFERIBILI A TBC			
	LINFONODI TESTA	LINFONODI TORACE	LINFONODI ADDOME	ALTRI LINFONODI
TESSUTI (ORGANI E LINFONODI) SEDE DI LESIONE Evitare di incidere a fondo i siti di lesione per non compromettere l'esito dell'esame colturale (possibile inquinamento del campione)	L. RETROFARINGEI	L. MEDIASTINICI	L. MESERAICI	L. MAMMARI
	L. MANDIBOLARI	L. TRACHEOBRONCHIALI	L. PERIPORTALI	L. POPLITEI
	TONSILLE			L. PRESCAPOLARI
				L. ILIACI

(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 48 ORE DAL PRELIEVO sottoporli a congelamento.

CONTRASSEGNO IDENTIFICAZIONE (marca auricolare)	TESSUTI COLPITI		TIPO DI LESIONE (3)	LESIONI ASPECIFICHE (4)	TESSUTI PRELEVATI	
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. MAMMARI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. POPLITEI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. ILIACI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> POLMONE	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> FEGATO	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI			<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI			<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI			<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L.PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI			<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE			<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO			<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO			<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO

(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 positivita': 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).

DATA DI INVIO ALL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO _____

SEDE CENTRALE

SEZIONE DI _____

Il Veterinario

TUBERCOLOSI BOVINA/BUFALINA ALLEVAMENTO BOVINO/BUFALINO SCHEDA DI RILEVAMENTO DATI AL MACELLO	ALLEGATO 3 DGRC 207 del 20/05/2019
--	---

Alla sede IZSM di _____
e.p.c. All'OEVR c/o IZSM Portici
Alla ASL _____

VERBALE N. _____	DEL _____
------------------	-----------

MACELLO	MEDICO VETERINARIO _____ _____ _____	ALLEVAMENTO	DENOMINAZIONE AZIENDA _____ _____ _____
	N° TEL _____		CODICE IDENTIFICAZIONE AZIENDA _____
	ASL _____		PROPRIETARIO _____
	MACELLO _____		VIA _____
	N° TEL _____		N° _____
	VIA _____		COMUNE _____
	COMUNE _____		PROV. _____
PROV. _____	ASL _____		

SPECIE

BUFALINA

BOVINA

<input type="checkbox"/> MACELLAZIONE REGOLARE CAPO NEGATIVO PROVENIENTE DA	<input type="checkbox"/> ALLEVAMENTO UI	Quesito SIGLA TBC3I
	<input type="checkbox"/> ALLEVAMENTO SOSPESO	Quesito SIGLA TBC3S
	<input type="checkbox"/> ALLEVAMENTO FOCOLAIO	Quesito SIGLA TBC3F
<input type="checkbox"/> CAPO NEGATIVO ABBATTUTO IN STAMPING OUT	<i>NON E' PREVISTO il CAMPIONAMENTO, ma il presente allegato, IN CASO DI RISCONTRO DI LESIONI, va compilato e inoltrato all'OEVR E ALLA ASL DI PROVENIENZA DEI CAPI</i>	

ALLEGARE COPIA DEL MODELLO 4 E DEL 10/33

(COMPILARE 1 SOLA COPIA DEL MODELLO 10/33 E NELLA CASELLA "MATRICOLA" INSERIRE "VEDI ALLEGATO 3")

REPERTO ISPETTIVO

BUFALI

BOVINI

N° E TIPO DI ANIMALI ESAMINATI	N° ANIMALI CON LESIONI TUBERCOLARI
VITELLI BUFALINI (1) N° _____	
ANNUTOLI (2) N° _____	
TORI BUFALINI N° _____	
MANZE (3) N° _____	
BUFALE IN PRODUZIONE N° _____	
BUFALE DA RIFORMA N° _____	

N° E TIPO DI ANIMALI ESAMINATI	N° ANIMALI CON LESIONI TUBERCOLARI
VITELLI N° _____	
VITELLONI N° _____	
TORI N° _____	
MANZE N° _____	
VACCHE IN PRODUZIONE N° _____	
VACCHE DA RIFORMA N° _____	

- (1) DALLA NASCITA ALLO SVEZZAMENTO
- (2) DALLO SVEZZAMENTO A 24 MESI
- (3) DALLO SVEZZAMENTO AL PRIMO INTERVENTO FECONDATIVO

DESCRIZIONE MATERIALE INVIATO PER ESAME COLTURALE

CONTRASSEGNO IDENTIFICAZIONE (marca auricolare)	TESSUTI COLPITI		TIPO DI LESIONE (1)	TESSUTI PRELEVATI	
	<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MAMMARI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. POPLITEI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. ILIACI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> POLMONE	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> FEGATO	<input type="checkbox"/> FEGATO
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. RETROFARINGEI	<input type="checkbox"/> L. MAMMARI
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI		<input type="checkbox"/> L. MANDIBOLARI	<input type="checkbox"/> L. POPLITEI
	<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI		<input type="checkbox"/> TONSILLE	<input type="checkbox"/> L. PRESCAPOLARI
DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI		<input type="checkbox"/> L. MEDIASTINICI	<input type="checkbox"/> L. ILIACI
	<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE		<input type="checkbox"/> L. TRACHEOBRONCHIALI	<input type="checkbox"/> POLMONE
RAZZA	<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> L. MESERAICI	<input type="checkbox"/> FEGATO
	<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> L. PERIPORTALI	<input type="checkbox"/> ALTRO

(1) Tipo di lesioni: 1- complesso primario, 2- generalizzazione acuta miliare, 3- generalizzazione protratta, 4- forma organica cronica evolutiva, 5- collasso delle resistenze generali

DATA DI INVIO ALL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO _____

SEDE CENTRALE

SEZIONE DI _____

Il Veterinario

TBC BUFALINA

