

WEST NILE DISEASE - USUTU
PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W03

Sorveglianza Equidi
Scheda di accompagnamento campioni

AZIENDA ASL: _____

COMUNE: _____ SIGLA PROV. _____

ANNO _____ SEDE _____ NRG _____

(Da compilare obbligatoriamente da parte dell'IZS territorialmente competente in caso di invio al CESME di campioni per conferma)

DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO

ALLEVAMENTO DI EQUIDI (parte precompilata)

CODICE AZIENDALE	CODICE FISCALE	SPECIE ALLEVATA

Coordinate geografiche: LATITUDINE: _____N LONGITUDINE: _____E

Via/Frazione: _____

Proprietario dell'allevamento: _____

Codice Fiscale del proprietario: _____

Motivo del prelievo (*): [A] equidi con sintomi clinici; [B] controllo su equidi deceduti/abbattuti; [C] controllo su equidi presenti nella stessa azienda in cui si trova il caso confermato

N°	Nome Passaporto	Microchip	Sesso M/F	Anno nascita	intomatologia nervosa SI/NO	Specie prelevata	Tessuti / organi prelevati
1							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
2							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
3							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
4							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro

Data del prelievo: _____ Firma _____

(*) Barrare un solo motivo per ogni scheda W03

(**)A= Asini, B)Bardotti, C=Cavalli, M=Muli

WEST NILE DISEASE- USUTU
PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W03

Sorveglianza Equidi
Scheda di accompagnamento campioni

ND	Nome Passaporto	Microchip	Sesso M/F	Anno nascita	Sintomatologia nervosa SI/NO	Specie prelevata	Tessuti / organi prelevati
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro

Data del prelievo: _____

Firma _____

* Barrare un solo motivo per ogni scheda W03