

RINOPOLMONITE da EHV-1/EHV4 negli equidi

SCHEDE ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI

EQUIDE			
Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
Motivo del prelievo: <input type="checkbox"/> capo deceduto <input type="checkbox"/> capo sintomatico <input type="checkbox"/> capo venuto a contatto con sospetto/positivo			
Specie: cavallo <input type="checkbox"/> asino <input type="checkbox"/> mulo <input type="checkbox"/> bardotto <input type="checkbox"/>			
Sesso: maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> castrone <input type="checkbox"/>			
Data rilievo dei sintomi _____		Data presunta di inizio dei sintomi _____	
SINTOMI (barrare sempre si/no)			
1. febbre	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	7. scolo nasale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	8. tosse	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. incoordinazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	9. dispnea	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. atassia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10. cecità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. paresi/paralisi aa post	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	11. aborto	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. decubito permanente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	12. natimortalità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)			
<input type="checkbox"/> tampone nasale	<input type="checkbox"/> sangue senza anticoagulante/Siero	<input type="checkbox"/> feto/carcassa intera	
<input type="checkbox"/> invogli fetali	<input type="checkbox"/> fegato*	<input type="checkbox"/> milza*	<input type="checkbox"/> polmone* <input type="checkbox"/> timo* <input type="checkbox"/> encefalo* <input type="checkbox"/> midollo spinale*
• da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto			

EQUIDE			
Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
Motivo del prelievo: <input type="checkbox"/> capo deceduto <input type="checkbox"/> capo sintomatico <input type="checkbox"/> capo venuto a contatto con sospetto/positivo			
Specie: cavallo <input type="checkbox"/> asino <input type="checkbox"/> mulo <input type="checkbox"/> bardotto <input type="checkbox"/>			
Sesso: maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> castrone <input type="checkbox"/>			
Data rilievo dei sintomi _____		Data presunta di inizio dei sintomi _____	
SINTOMI (barrare sempre si/no)			
1. febbre	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	7. scolo nasale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	8. tosse	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. incoordinazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	9. dispnea	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. atassia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10. cecità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. paresi/paralisi aa post	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	11. aborto	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. decubito permanente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	12. natimortalità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)			
<input type="checkbox"/> tampone nasale	<input type="checkbox"/> sangue senza anticoagulante/Siero	<input type="checkbox"/> feto/carcassa intera	
<input type="checkbox"/> invogli fetali	<input type="checkbox"/> fegato*	<input type="checkbox"/> milza*	<input type="checkbox"/> polmone* <input type="checkbox"/> timo* <input type="checkbox"/> encefalo* <input type="checkbox"/> midollo spinale*
• da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto			

Veterinario prelevatore: Dr. _____

Telefono 1) _____ 2) _____ ASL Libero Profess

Mail _____

Data _____ Firma _____