

ALLEGATO n. 12

INFLUENZA AVIARIA SCHEMA DI ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SUL POLLAME

REGIONE _____	PROVINCIA _____	ASL N. _____	N. Prot. ASL _____
Veterinario prelevatore _____		Recapito telefonico _____	
Data prelievo ____/____/____		Sez. IZS competente per territorio: _____	
N° registro IZS _____		Fax n. _____	Tel. n. _____

DATI ANAGRAFICI ALLEVAMENTO

Proprietario/ragione sociale _____		
Codice aziendale (da riportare obbligatoriamente) _____		
Comune _____	Via/Loc. _____	Prov. _____
Ditta Soccidante _____		
Tipo di allevamento: <input type="checkbox"/> industriale <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> svezzatore <input type="checkbox"/> biologico <input type="checkbox"/> free range/all'aperto		

SPECIE ED INDIRIZZO PRODUTTIVO

<input type="checkbox"/> Broiler	n. _____	<input type="checkbox"/> Polli riprod.	n. _____	<input type="checkbox"/> Ovaiole	n. _____
<input type="checkbox"/> Tacchini da carne	n. _____	<input type="checkbox"/> Tacchini riprod.	n. _____	<input type="checkbox"/> Faraone	n. _____
<input type="checkbox"/> Oche da carne	n. _____	<input type="checkbox"/> Oche riprod.	n. _____	<input type="checkbox"/> Quaglie	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatre da carne	n. _____	<input type="checkbox"/> Anatre riprod.	n. _____	<input type="checkbox"/> Starne	n. _____
<input type="checkbox"/> Fagiani	n. _____	<input type="checkbox"/> Struzzi	n. _____	<input type="checkbox"/> Pernici	n. _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	n. _____				

Data accasamento ____/____/____

Sesso **M** **F** **misto**

CAUSALE PRELIEVO

EMERGENZA EPIDEMICA	
<input type="checkbox"/> Prelievo in Focolaio (confermato)	
<input type="checkbox"/> Sorveglianza attiva sui domestici (• Prelievo in azienda in area di restrizione • prelievo per controllo uova • prelievo in azienda a contatto con focolaio sospetto o confermato anche fuori da zona di restrizione)	
<input type="checkbox"/> Sorveglianza passiva sui domestici (Aumento di mortalità nell'area di restrizione)	
PIANO NAZIONALE DI SORVEGLIANZA	
<input type="checkbox"/> Sorveglianza attiva sui domestici • Movimentazione	• In periodo alto rischio
<input type="checkbox"/> Sorveglianza passiva sui domestici • Sospetto clinico	• Aumento di mortalità
SORVEGLIANZA IN AREE DI VACCINAZIONE	
<input type="checkbox"/> In allevamenti VACCINATI per sottotipi H5 e/o H7	
Tipo di vaccino: _____	
<input type="checkbox"/> In allevamenti NON vaccinati	
<input type="checkbox"/> Monitoraggio EFFICACIA VACCINAZIONE per sottotipi H5 e/o H7 (prelievo animali vaccinati)	
Tipo di vaccino: _____	
<input type="checkbox"/> Richiesta TEST DIVA per animali vaccinati per sottotipi H5 e/o H7	
<input type="checkbox"/> Altro _____	

IDENTIFICAZIONE CAMPIONI

N. capannone	STATO ANIMALE	TIPO DI MATERIALE PRELEVATO	N. campioni	Tipo di ricerca	
				Anticorpi	Virus
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vivo ▪ disvitale ▪ morto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampone tracheale ▪ Tampone cloacale ▪ Siero 	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANIMALI VACCINATI PER SOTTOTIPI DIVERSI DA H5 E H7 (ES: H9/H6): SI NO

NOTE: _____

Timbro e Firma del Veterinario