Spazio riservato
all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise

NRG _____ Data ____/ ____/ _____

Spazio riservato all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di provenienza

Istituto Zooprofilattico Sperimentale _____

Sede _____

Richiedente _____ Telefono _____

E-mail/PEC per invio rapporto di prova _____

Scheda di accompagnamento campioni
Tipizzazione ceppi di *Brucella* - CRN Brucellosi

La scheda compilata deve essere inviata a

IZS TERAMO
CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE PER LE BRUCELLOSI

CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE PER LE BRUCELLOSI

c.a. D.ssa Manuela Tittarelli
Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale"
Campo Boario | 64100 TERAMO
Tel.: 0861 332431 | e-mail: m.tittarelli@izs.it
Per informazioni tecniche contattare: g.garofolo@izs.it, k.zilli@izs.it

Data invio _____/ _____/ _____

n. accettazione dell'Istituto richiedente _____

Isolamento del ceppo di *Brucella* spp. da

☐ **Animale**[1] ☐ **Alimento** ☐ **Uomo**

Da compilare in caso di ISOLAMENTO DEL CEPPO DA ANIMALE

Denominazione allevamento _____

Codice aziendale ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Comune _____ Provincia _____

Servizio Veterinario _____

Specie di origine del ceppo: ☐ Bovina ☐ Bufalina ☐ Ovina ☐ Caprina

N° animali positivi _____ N° ceppi inviati _____

NOTE _____

_____

_____

_____

_____

[1] Per i ceppi isolati da animale **è obbligatorio riportare la matricola del capo** da cui il ceppo è stato isolato **nel campo "Identificativo Campione" della Tabella 1**. In mancanza di tale informazione i campioni non saranno accettati.

Da compilare in caso di ISOLAMENTO DEL CEPPO DA ALIMENTO

Codice allevamento di produzione ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Codice stabilimento di trasformazione _____

Comune _____ Provincia _____

ASL _____

Tipo di alimento _____

Specie animale d'origine _____

Tempo di stagionatura (nel caso di formaggi) _____

Da compilare in caso di ISOLAMENTO DEL CEPPO DA UOMO

Sesso ☐ M ☐ F Età _____

Professione _____

Residenza (se non coincide col domicilio abituale compilare anche la riga successiva)

_____

Comune _____ Provincia _____ ASL _____

Domicilio abituale _____

Comune _____ Provincia _____ ASL _____

Fonte presunta di contagio _____

Data inizio primi sintomi ____/ ____/ _____ Data denuncia malattia ____/ ____/ _____

Data isolamento *Brucella* spp. _____/ _____/ _____

Comune (e provincia) in cui sono iniziati i primi sintomi _____

Comune (e provincia) presunto del contagio _____

Fonte presunta di contagio _____

Tabella 1.

IDENTIFICATIVO CAMPIONE **riportare la matricola del capo da cui il ceppo è stato isolato ovvero il vs riferimento per ceppo isolato da alimento/ uomo**	**TESSUTO/ORGANO DA CUI È STATO EFFETTUATO L'ISOLAMENTO***		
_____	☐ Ln. sopramammari (F) ☐ Ln. inguinali superf. (M) ☐ Ln. mandibolari ☐ Ln. retrofaringei ☐ Ln. iliaci interni ☐ Milza	☐ Utero gravido ☐ Liquido amniotico ☐ Placenta ☐ Mammella ☐ Vescicole seminali ☐ Testicoli	☐ Sangue ☐ Latte ☐ Formaggi ☐ Altro (specificare) _____ _____
_____	☐ Ln. sopramammari (F) ☐ Ln. inguinali superf. (M) ☐ Ln. mandibolari ☐ Ln. retrofaringei ☐ Ln. iliaci interni ☐ Milza	☐ Utero gravido ☐ Liquido amniotico ☐ Placenta ☐ Mammella ☐ Vescicole seminali ☐ Testicoli	☐ Sangue ☐ Latte ☐ Formaggi ☐ Altro (specificare) _____ _____
_____	☐ Ln. sopramammari (F) ☐ Ln. inguinali superf. (M) ☐ Ln. mandibolari ☐ Ln. retrofaringei ☐ Ln. iliaci interni ☐ Milza	☐ Utero gravido ☐ Liquido amniotico ☐ Placenta ☐ Mammella ☐ Vescicole seminali ☐ Testicoli	☐ Sangue ☐ Latte ☐ Formaggi ☐ Altro (specificare) _____ _____
_____	☐ Ln. sopramammari (F) ☐ Ln. inguinali superf. (M) ☐ Ln. mandibolari ☐ Ln. retrofaringei ☐ Ln. iliaci interni ☐ Milza	☐ Utero gravido ☐ Liquido amniotico ☐ Placenta ☐ Mammella ☐ Vescicole seminali ☐ Testicoli	☐ Sangue ☐ Latte ☐ Formaggi ☐ Altro (specificare) _____ _____
_____	☐ Ln. sopramammari (F) ☐ Ln. inguinali superf. (M) ☐ Ln. mandibolari ☐ Ln. retrofaringei ☐ Ln. iliaci interni ☐ Milza	☐ Utero gravido ☐ Liquido amniotico ☐ Placenta ☐ Mammella ☐ Vescicole seminali ☐ Testicoli	☐ Sangue ☐ Latte ☐ Formaggi ☐ Altro (specificare) _____ _____

*Barrare le caselle corrispondenti agli organi da cui è stato isolato il ceppo da tipizzare.

INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI DI CRESCITA DEL CEPPO

- **Richiesta di CO_2** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Catalasi** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Ossidasi** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Urea** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Mobilità** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Produzione di H_2S** ☐ **Si** ☐ **No**
- **Altro** _____