

MATERIALE SOTTO SEQUESTRO SI NO

DATA DEL PRELIEVO ____/____/____

SISTEMA INFORMATIVO FAUNA SELVATICA

MODULO CONFERIMENTO CAMPIONI

IDENTIFICAZIONE ANIMALE

SPECIE	IDENTIFICATIVO	SESSO	ETÀ	MATERIALE
	1.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NI		<input type="checkbox"/> Carcassa <input type="checkbox"/> Muscolo <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Milza <input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Contenuto gastrico <input type="checkbox"/> Linfonodi _____ Altro _____
	2.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NI		<input type="checkbox"/> Carcassa <input type="checkbox"/> Muscolo <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Milza <input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Contenuto gastrico <input type="checkbox"/> Linfonodi _____ Altro _____
	3.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NI		<input type="checkbox"/> Carcassa <input type="checkbox"/> Muscolo <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Milza <input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Contenuto gastrico <input type="checkbox"/> Linfonodi _____ Altro _____
	4.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NI		<input type="checkbox"/> Carcassa <input type="checkbox"/> Muscolo <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Cuore <input type="checkbox"/> Milza <input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Contenuto gastrico <input type="checkbox"/> Linfonodi _____ Altro _____

LUOGO PRELIEVO

RICHIEDENTE

Vita libera Area faunistica CRAS Altro
 Allevamento Codice Azienda
 Provincia _____
 Comune _____
 Località _____
 Coordinate geografiche in gradi decimali (WGS 84)
 LATITUDINE
 LONGITUDINE

Ente _____
 Indirizzo _____

 Veterinario referente _____

 Telefono _____
 E-mail _____

ANAMNESI		
<hr/> <hr/> <hr/>		
MOTIVO DEL PRELIEVO		
<input type="checkbox"/> Investigazione sulla causa di morte dell'animale	<input type="checkbox"/> Prelievo venatorio	<input type="checkbox"/> Selecontrollo/Recinti di cattura
<input type="checkbox"/> Catture/Abbattimenti a fini di studio	<input type="checkbox"/> Spostamento animali vivi	
<input type="checkbox"/> Animale vivo con sintomi		
<input type="checkbox"/> Altro _____		
SOSPETTA CAUSA DI MORTE		
<input type="checkbox"/> Avvelenamento	<input type="checkbox"/> Annegamento	<input type="checkbox"/> Investimento
		<input type="checkbox"/> Ferite da arma da fuoco
<input type="checkbox"/> Malattia		
<input type="checkbox"/> Altro _____		
SINTOMI CLINICI		
<input type="checkbox"/> Cute	<input type="checkbox"/> Organi di senso	<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio
<input type="checkbox"/> Apparato gastro-enterico	<input type="checkbox"/> Sistema nervoso	<input type="checkbox"/> Apparato riproduttore
<input type="checkbox"/> Apparato muscolo-scheletrico	<input type="checkbox"/> Apparato cardio-circolatorio	<input type="checkbox"/> Apparato linfatico
ESAME RICHIESTO		
<input type="checkbox"/> Esame anatomico-patologico	<input type="checkbox"/> Emocromocitometrico	<input type="checkbox"/> Biochimico clinico
<input type="checkbox"/> Sierologico _____		
<input type="checkbox"/> Tossicologico _____		
<input type="checkbox"/> Batteriologico _____		
<input type="checkbox"/> Parassitologico _____		
<input type="checkbox"/> Virologico _____		
<input type="checkbox"/> Isto-patologico _____		
RICHIESTA RESTITUZIONE CARCASSA		
Si intende richiedere restituzione della carcassa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Carcassa intera	<input type="checkbox"/> Testa	<input type="checkbox"/> Testa e pelle
<input type="checkbox"/> Altro _____		

Data ____/____/____

Firma _____