

Questo Diagnostico: ☐ CRTS (Salmonelle) ☐ ENET (altri ceppi batterici)



Italia

Da compilarsi a cura IZS

Verbale:

Utente: cod. 226194

A. Origine e caratteristiche del campione biologico

1. Laboratorio di origine	Prov.	
2. Prelievo effettuato nel comune di (località):	Prov.	
3. Ospedale (se diverso da laboratorio origine):		
4. Codice dello stipite assegnato dal laboratorio di origine:	5. Data prelievo del campione:	

B. Informazioni sugli stipiti

1. Trasmissione (a):		
2. Motivo di esecuzione dell'esame culturale:	☐ Non noto ☐ Inf. acuta ☐ Inchiesta epidemiologica	
3. Tipo campione:	☐ Controllo (Specificare) ☐ Feci ☐ Sangue ☐ Liquor ☐ Urine ☐ Pus ☐ Altro (specificare)	
4. Codice Paziente:		
5. Sesso:	☐ Non noto ☐ Maschio ☐ Femmina	
6. Data di nascita:	7. Età, anni:	
8. Comune di residenza del paziente (località):	Prov.	
9. Viaggi effettuati nei 30 gg prima dell'insorgenza dei sintomi:	☐ Non noto ☐ No ☐ Si (spec. dove)	
10. Paziente ospedalizzato:	☐ Non noto ☐ No ☐ Si	
11. Esito:	☐ Sconosciuto ☐ deceduto ☐ dimesso	
12. Alimenti implicati:	☐ Non noto ☐ No ☐ Si (spec.)	
13. Se alimenti implicati, in base a:	☐ Sospetto ☐ Dati epidemiologici ☐ Isolamento microbiologico ☐ Dati epidemiologici + isolamento microbiologico	

C. Identificazione microbiologica

1. Identificazione: ☐ Salmonella ☐ Shigella ☐ Campylobacter									
☐ Yersinia ☐ Altro (spec.)									
2. Specie:									
3. Sensibilità agli antibiotici per Salmonella/Shigella/Yersinia (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):									
A	Cix	Caz	Fox	Amc	Mem				
Cip	Per	Na	Gm	Su	Tmp				
C	T	Tig	Col	Azm	S				
4. Sensibilità agli antibiotici per Campylobacter (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):									
CIP	T	Gm	E						

D. Parte riservata al laboratorio di riferimento (regionale o sovregionale)

1. Codice assegnato allo stipite:		2. Data ricevimento:			
3. Tipizzazione finale:		4. Data tipizzazione:			
5. Profilo di MLVA		6. NGS: ☐ Si ☐ No			
7. Sensibilità agli antibiotici per Salmonella/Shigella/Yersinia (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
A	Cix	Caz	Fox	Amc	Mem
Cip	Per	Na	Gm	Su	Tmp
C	T	Tig	Col	Azm	S
8. Sensibilità agli antibiotici per Campylobacter (segnare il valore di MIC o il diametro in mm per Kirby-Bauer):					
CIP	Ta	Gm	E		

a) animale-uomo; alimento inclusa acqua potabile; associazione con cure sanitarie; uso di droghe inietive; esposizione occupazionale (laboratorio); madre-bambino (durante la gravidanza o il parto); trapianto d'organo; persona-persona (fecale-orale escluso madre-bambino e sessuale); acqua ricreazionale; sessuale; trasfusione; sconosciuta; altro.

PT B bn AS

ALL. A (page 4) al cerbare m.
o del 19/04/2024
12 settembre 2024

DR.....

Recapito telefonico.....

A.S.L. n°.....

Data.....

TIPOLOGIA INSEDIAMENTO



Codice identificazione azienda (DPR 31/7/96)

□ □ □ □ □ □

Denominazione azienda.....

Proprietario.....

Via/località.....

N..... Comune.....

Prov.....

Data denuncia di malattia infettiva:.....

→ allegare mod.1
→ allegare mod.2/33

Positività sierologica riscontrata nel corso di:

- controllo per attività pianificata
- campateventualità

STATO SANITARIO DELL'ALLEVAMENTO PRIMA DEL RILIEVO DEL FOCOLARE

1) UFFICIALMENTE INDENNATE:

SI ☐

Data conferimento qualifica

Data ultima prova sierologica negativa

NO ☐

Precedente positività sierologica: data

INDENNITÀ (art. 25, comma 2, DM 651/94):

SI ☐

Data ultima prova sierologica negativa

NO ☐

Precedente positività sierologica: data

n. capi controllati..... n. capi positivi.....

2) PRECEDENTI POSITIVITÀ SIEROLOGICHE IN ALLEVAMENTO (Ultime 10 anni)

NO ☐SI ☐ → anno.....

n. capi controllati..... n. capi positivi.....

Insediamento di Brucella spp.

NO ☐SI ☐NON EFFETTUATO ☐

Falso tipizzazione.....

DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO O STALLA DI SOSTA

3) INIZIO PRECUTIVO

Riproduzione Latt ☐Riproduzione carne ☐
(fines vacca-vicello)Mistato ☐
(latte + ingrasso)

Classificazione in proprio

NO ☐ SI ☐

Conferenze fatte ai classificati

NO ☐ SI ☐

A quali classificati conferisce:

Nome.....

Nome.....

Nome.....

Nome.....

Comune.....

Comune.....

Comune.....

Comune.....

A.S.L. n°.....

A.S.L. n°.....

A.S.L. n°.....

A.S.L. n°.....

4) ANIMALI DA RIPRODUZIONE

Vaccine n°.....

Tori n°.....

Bucche n°.....

Anziani¹⁾ n°.....Vaccini bucali²⁾ n°.....

Manza n°.....

Vaccini (età < 12 mesi) n°.....

Vaccini adulti n°.....

Tori bucali n°.....

5) ANIMALI DA CARNE

NO ☐SI ☐

Vaccini a carne bianca n°.....

Vaccini in allevamento n°.....

Vaccini n°.....

Vaccini n°.....

6) ALTRI ANIMALI

NO ☐SI ☐

Cani n°.....

Capri n°.....

Data ultima prova sierologica..... Latte.....

Cani n°.....

Capri n°.....

→ fissare sierologico per Brucella Spp.:
n. controllati..... n. positivi.....

Suini n°.....

Capri n°.....

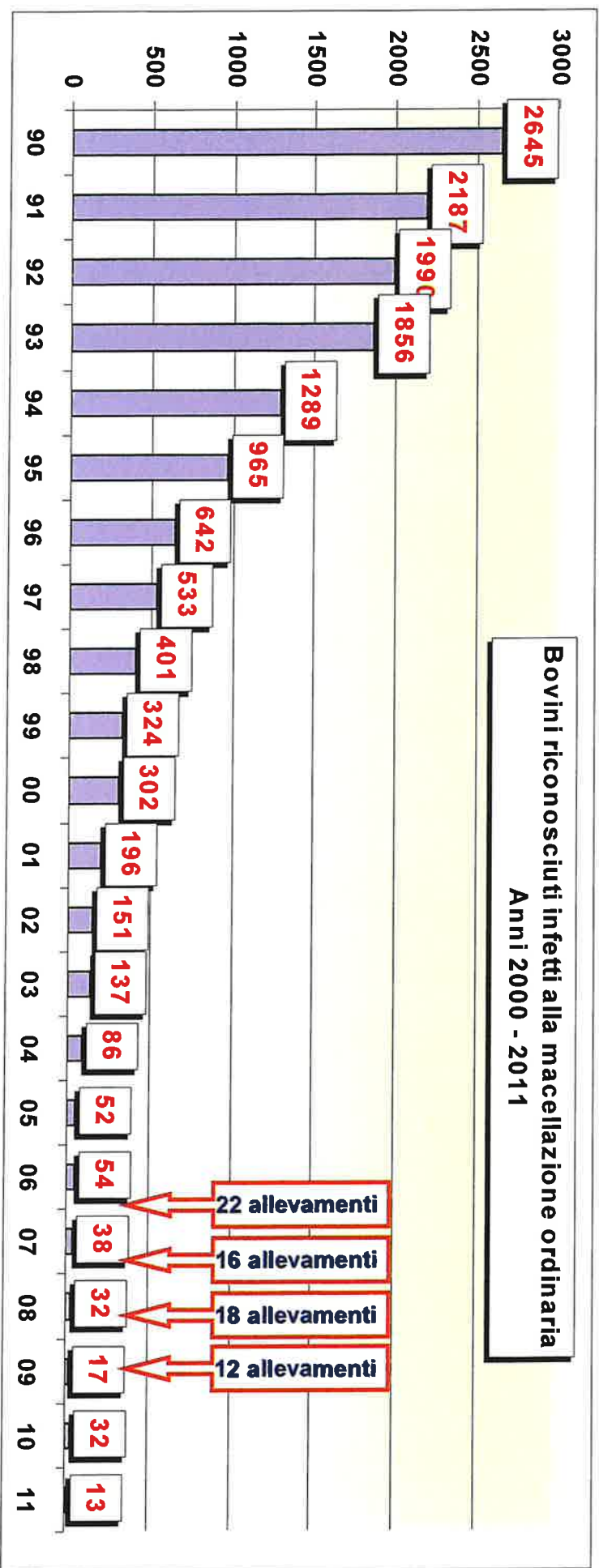
Vaccini n°.....

Altre specie.....

¹⁾ Dallo svezzamento al primo lattoneo fasciando.²⁾ Dalla nascita allo svezzamento.³⁾ Dallo svezzamento a 24 mesi.

R. Per R2

PIANO DI ERADICAZIONE DELLA TUBERCOLOSI BOVINA: I RISULTATI



[Handwritten signature]

4



Handwritten notes and signatures in blue ink, including the letters "P", "R", and "P".



Pr Pr

SCHEDA SBT05

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI

Azienda USL (nome e Indirizzo) _____

Codice aziendale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Denominazione azienda _____

Comune _____ Località _____

MOTIVO DEL PRELIEVO DEL CAMPIONE

1. ☐ Su animali scelti a campione tra i capi con età compresa tra gli 8 e i 12 mesi	2. ☐ A seguito di precedente positività nell'azienda	3. ☐ A seguito di sospetto clinico	4. ☐ Su animali sentinella	5. ☐ Sorveglianza intensificata per valutare l'estensione della circolazione virale	6. ☐ Controllo a campione su animali vaccinati per verificare lo stato immunitario	7. ☐ Movimentazione	8. ☐ Altro - specificare nelle note
--	---	---	---	--	---	--	--

Progressivo campione	Specie animale	Materiale inviato	Codice identificativo dell'animale
1		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
2		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
3		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
4		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
5		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
6		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
7		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
8		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
9		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	
10		☐ Siero ☐ Sangue con EDTA ☐ Milza ☐ Linfonodi	

Data di prelievo dei campioni __ / __ / _____ Firma del veterinario (leggibile) _____

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di registro generale dell'IZS di competenza territoriale _____

Esami richiesti per: ☐ Diagnosi ☐ Conferma

Note: _____

SCHEDA n. 11

KIT N. 1 AL VETERINARIO UFFICIALE

Documenti amministrativi:

- a) fac-simile verbale di prescrizioni e sequestro cautelativo in un focolaio sospetto di influenza aviaria (**allegato 2**);
- b) dichiarazione di impegno per il personale che opera in azienda (**allegato 3**);
- c) scheda di indagine epidemiologica (**allegato 8**).

Materiale:

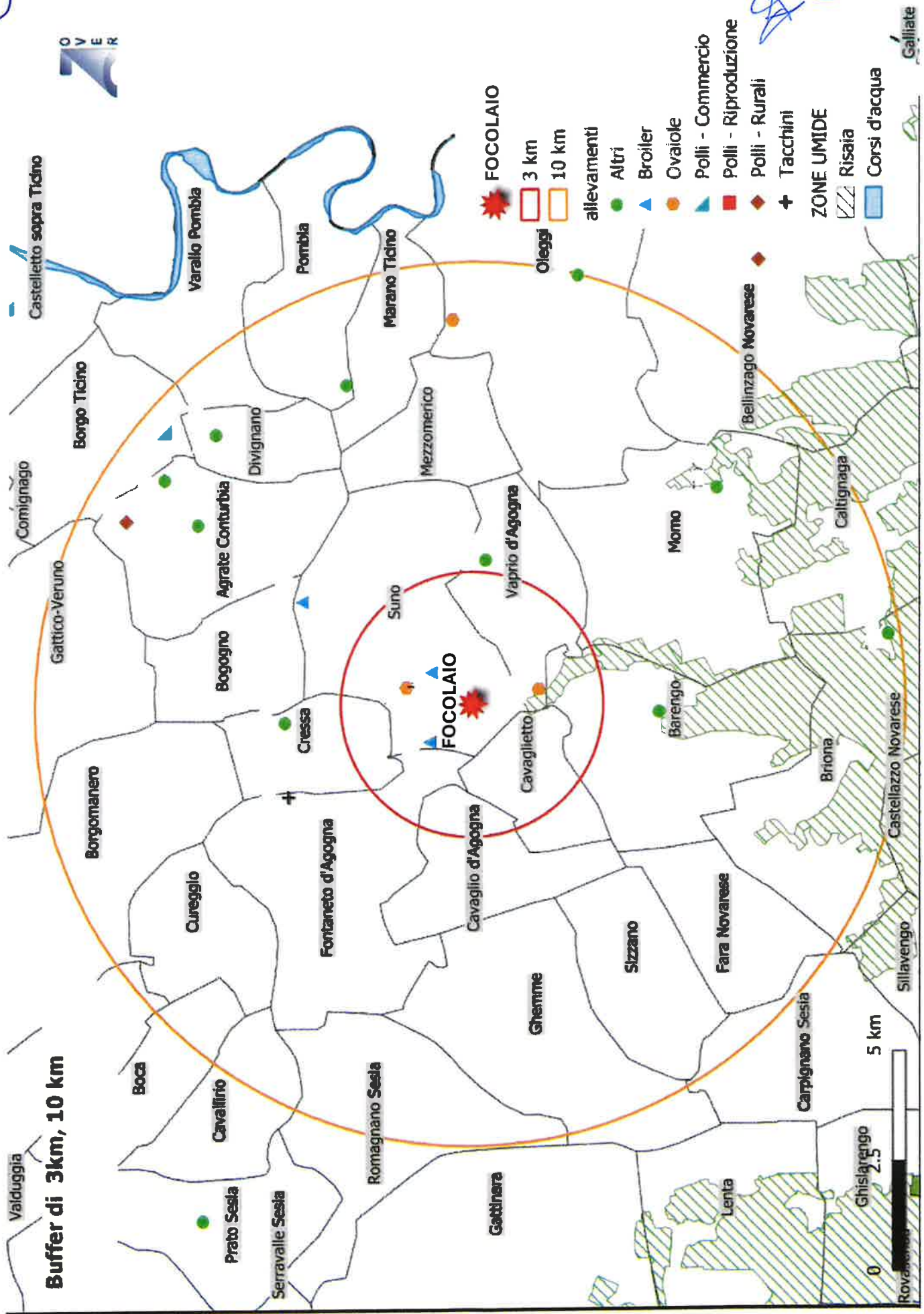
- a) 2 tute intere monouso con cappuccio (**allegato 5**);
- b) 5 paia di calzari del tipo a perdere (**allegato 5**);
- c) 2 grembiuli impermeabili (**allegato 5**);
- d) 2 paia di guanti in neoprene e 5 paia di guanti in nitrile (**allegato 5**);
- e) 2 cuffie copricapo;
- f) maschera respiratoria (**allegato 5**);
- g) 2 paia di occhiali protettivi a mascherina contro rischio biologico (**allegato 5**);
- h) 1 paio di stivali protettivi (**allegato 5**);
- i) 1 confezione di salviette monouso;
- j) 5 barattoli a chiusura ermetica conformi alle norme UN;
- k) 5 sacchi in plastica tali da avere resistenza ed impermeabilità;
- l) 1 torcia o pila;
- m) disinfettante per uso personale;
- n) 2 penne a sfera ed un blocco note;
- o) 100 siringhe da 2,5 ml con ago 22G;
- p) 100 sacchetti in plastica "per alimenti";
- q) 2 paia di forbici chirurgiche;
- r) 2 paia di pinze da 20 cm;
- s) 1 rotolo di carta gommatata (tesa);
- t) 2 pennarelli indelebili a punta grossa e sottile;
- u) 1 capiente contenitore conforme alle norme UN per il trasporto dei campioni;
- v) 5 siberine congelate;
- w) 1 rotolo di scotch da pacchi;
- x) coltello, pinze e forbici;
- y) 1 pompa manuale per disinfezione;
- z) 1 Tell in polietilene 10 mtx5 mt (per fosse o copertura container);
- aa) 1 spruzzetta per disinfezione da 1 lt;
- bb) 5 paia di soprascarpe in gomma

KIT N.2 IN DOTAZIONE AL VETERINARIO IZS

- a) 1 capiente contenitore conforme alle norme UN per il trasporto dei campioni;

- b) 5 siberine congelate;
- c) 2 pennarelli indelebili a punta sottile e punta grossa;
- d) 2 penne;
- e) 2 pinze a manina sterili;
- f) 2 pinze a dente di topo sterili;
- g) 2 pinze dritte sterili;
- h) 2 paia di forbici chirurgiche;
- i) 1 coltello;
- j) 1 rotolo di carta gommatata (tesa);
- k) 100 siringhe da 2,5 ml con ago da 22G;
- l) 50 tamponi tracheali sterili;
- m) 50 tamponi cloacali sterili;
- n) 50 ml di terreno di trasporto per indagini virologiche;
- o) 1 rotolo di scotch da pacchi;
- p) 10 barattoli a chiusura ermetica;
- q) 2 tute intere monouso con cappuccio (**allegato 5**);
- r) 2 maschere respiratorie (**allegato 5**);
- s) 2 paia di soprascarpe in gomma;
- t) 2 paia di guanti in neoprene (**allegato 5**);
- u) 2 paia di guanti in nitrile (**allegato 5**);
- v) 2 cuffie copricapo;
- w) 10 sacchi di plastica nera;
- x) 50 elastici lunghi;
- y) 1 spruzzatore con disinfettante specifico per l'infezione sospetta (SCHEDA n 8);
- z) 1 contenitore sterile in materiale plastico;
- aa) 2 paia di occhiali protettivi a mascherina contro rischio biologico (**allegato 5**);
- bb) 2 paia di stivali protettivi (**allegato 5**);
- cc) 2 paia di calzari del tipo a perdere (**allegato 5**);
- dd) 1 contenitore per rifiuti sanitari taglienti e pungenti;
- ee) 3 porta provette;
- ff) 100 provette con tappo per la raccolta del sangue;
- gg) disinfettante per uso personale;
- hh) 1 torcia o pila;
- ii) 100 sacchetti in plastica per "alimenti";
- jj) 2 copie schede accompagnatoria campioni in busta plastificata.





REGIONE PIEMONTE - anno 2020

A.S.L.	Aziende controllate	TRB		Fdc		ELISA latte di massa	
		ESEGUITI	POSITIVI	ESEGUITI	POSITIVI	ESEGUITI	POSITIVI
A201	2	3		11			
A203	273	4777	5	72	1	62	2
A204	353	5454	4	767	4	62	3
A205	109	2314		139		33	
A206	45	974		0			
A207	108	1793	5	5	1	21	
A208	67	1397	1	38		18	1
A209	97	915	1	1			
A210	654	21211	56	154	20	152	11
A211	63	1755	35	31	16	9	2
A212	94	1622		4	1	2	
A213	107	2456	30	38	10	14	
TOTALE	1972	44671	137	1260	53	373	19

A.S.L.	Aziende controllate	Fdc	
		ESEGUITI	POSITIVI
A201	11	162	1
A203	230	4652	
A204	247	3981	
A205	65	1280	
A206	85	1808	
A207	82	3101	
A208	52	707	
A209	150	2584	
A210	345	6965	
A211	71	997	1
A212	141	2187	
A213	91	2781	
TOTALE	1570	31205	2

A.S.L.	g-IFN test			
	aziende controllate	aziende positive*	ESEGUITI	POSITIVI*
A201				
A203				
A204				
A205				
A206				
A207				
A208				
A209				
A210	3	3	814	4
A211				
A212				
A213				
TOTALE	3	3	814	4

A.S.L.	Aziende controllate	Elisa siero		ELISA latte di massa	
		ESEGUITI	POSITIVI	ESEGUITI	POSITIVI
A201	2	14			
A203	263	4625		49	
A204	346	5983		50	
A205	101	2413		30	
A206	45	974			
A207	108	1793		21	
A208	55	540		12	
A209	93	904			
A210	647	19871		143	
A211	63	1426		10	
A212	93	1626		1	
A213	101	2171		14	
TOTALE	1917	42140	0	330	0

* positivi M. bovis

10

ANAGRAFI

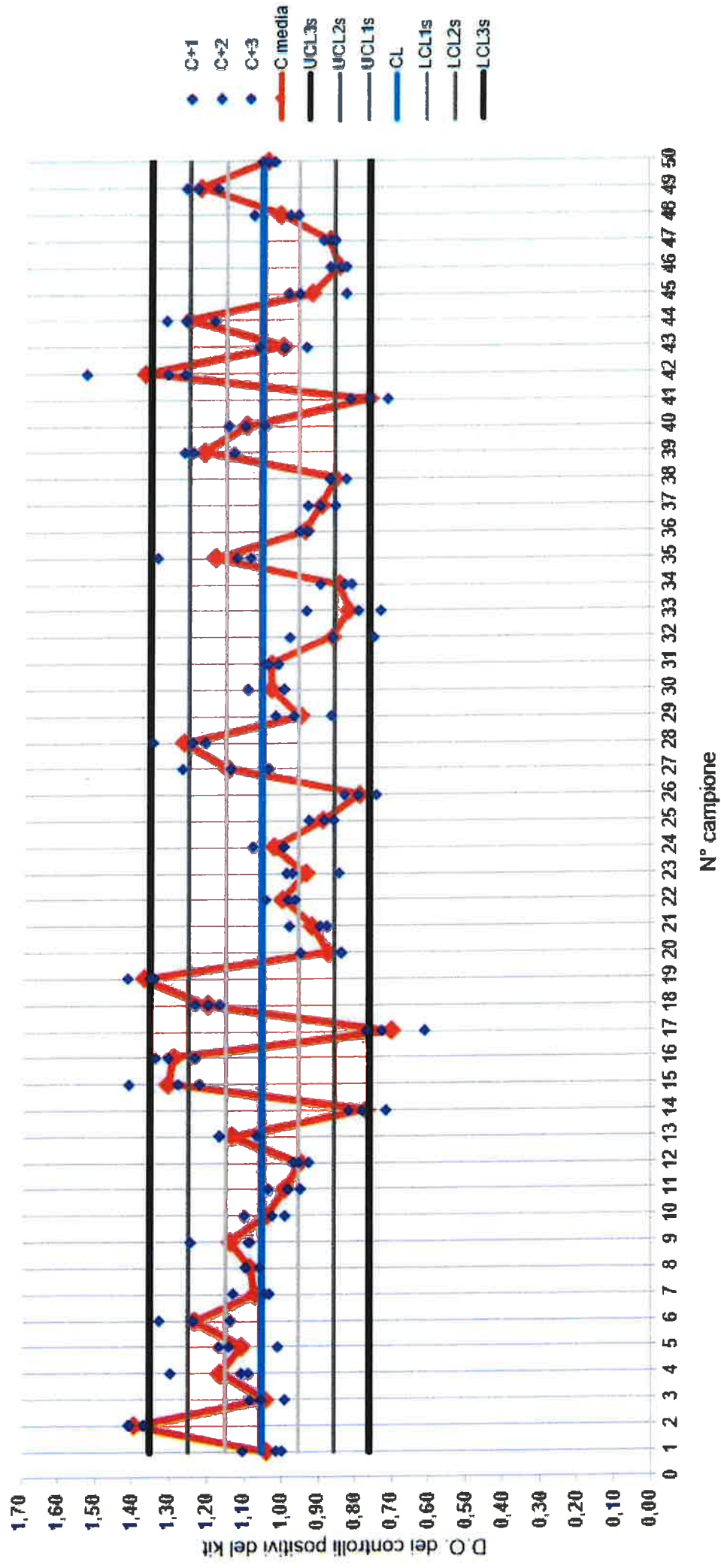


CONTROLLI



EMERGENZE E RENDICONTAZIONI





Dr. Pr. R3

ID PLATE:

Test 1 (wells A1 - D12), ID isolate 1:

Test 2 (wells E1 - H12), ID isolate 2:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	PEN 2	AMX 16	ENR 2	CET 2	TET 8	TIEM 16	LIS 8/32	OXA 2	ERY 4	TIA 16	STR 200	RAM 50
B	PEN 0.5	AMX 8	ENR 1	CPP 4	TET 4	TIEM 8	T/S 2/38	OXA 0.25	ERY 1	TIA 8	ERY 30	SPT 64
C	PEN 0.25	AMX 4	ENR 0.25	CTX 1	TET 2	NEO 16	T/S 1/60	CST 4	ERY 0.5	LIN 4	ERY 20	SPT 32
D	PEN 0.12	AMX 2	ENR 0.25	TLS 0.5	TLS 1	NEO 8	T/S 0.5/9.5	CST 2	ERY 0.25	LIN 2	ERY 10	Growth Control
E	PEN 2	AMX 16	ENR 2	CET 2	TET 8	TIEM 16	LIS 8/32	OXA 2	ERY 4	TIA 16	STR 200	RAM 50
F	PEN 0.5	AMX 8	ENR 1	CPP 4	TET 4	TIEM 8	T/S 2/38	OXA 0.25	ERY 1	TIA 8	ERY 30	SPT 64
G	PEN 0.25	AMX 4	ENR 0.25	CTX 1	TET 2	NEO 16	T/S 1/60	CST 4	ERY 0.5	LIN 4	ERY 20	SPT 32
H	PEN 0.12	AMX 2	ENR 0.25	TLS 0.5	TLS 1	NEO 8	T/S 0.5/9.5	CST 2	ERY 0.25	LIN 2	ERY 10	Growth Control

Amoxicillin (AMX), Cefixime (CET), Cefepime-Prosetil (CPP), Cefotaxime (CTX), Colistin (CST), Enoxacin (ENR), Erythromycin (ERY), Erythromycin (ERY), Linezolid (LIN), Linezolid (LIN), Neomycin (NEO), Oxacillin (OXA), Penicillin G (PEN), Rifampicin (RAM), Spectinomycin (SPT), Streptomycin (STR), Tetracycline (TET), Tiamulin (TIA).



SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI PER LA SORVEGLIANZA DELLA I

Da inviare alla sede dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio



20230022...

NUMERO ACCETTAZIONE IZS: NON PRESENTE		
COMUNE: POZZOLO FORMIGARO		PROV: AL
LOCALITA': POZZOLO FORMIGARO		
COORDINATE GEOGRAFICHE espresso in formato WGS84 in gradi e decimali (max 6 cifre) di	LAT: 44,814195	LONG.: 8,74141
DATA PRELIEVO: 17/01/2023		

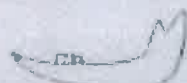
Motivo dell'invio: Piano di sorveglianza ☒ Caso sospetto di PSA ☐
Luogo di prelievo: ABBATTUTI/CACCIATI

ANIMALE INCIDENTATO: NO

STATO CONSERVAZIONE CARCASSA: FRESCA

Età (mesi) *		Sesso	Tipo Campione						
0 molari	1 molare		Milza	Rene	Sangue	Linfonodi	Tonsilla	O. lungo	Carcassa
0-6 ☐	6-18 ☐	M F	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18-30 ☐	>30 ☒	☒ ☐							

* Per la determinazione dell'età rilevare sulla mandibola il numero di molari; tali denti, che in senso antero-posteriore occupano le posizioni dal 4° al 6° posto, si distinguono per avere due file di cuspidi (punte).



0 molari: 0-6 mesi
(solo premolari)



1 molare: 6-18 mesi



2 molari: 18-30 mesi



3 molari: oltre 30 mesi

Scheda utilizzabile per il prelievo su un singolo animale selvatico (cinghiale) della specie suina

Note:

Esse, cognome e nome di chi
effettua l'invio dei campioni:

Data di ricezione:

18/01/2023

Azienda USL (nome e indirizzo) _____

Codice aziendale

--	--	--	--	--	--	--	--

Denominazione azienda _____

Comune _____

Località _____

MOTIVO DEL PRELIEVO DEL CAMPIONE

1. ☐ Rintraccio di animali provenienti da zone di protezione o sorveglianza	2. ☐ A seguito di precedente positività nell'azienda	3. ☐ A seguito di sospetto clinico	4. ☐ Su animali sentinella	5. ☐ Sorveglianza a campione nelle aree dove è presente la malattia o confinanti	6. ☐ Controllo a campione su animali vaccinati	7. ☐ Movimentazione	9. ☐ Altro - specificare nelle note
--	---	---	---	---	---	--	--

Progressivo campione	Specie animale	Materiale inviato		Codice identificativo dell'animale
1		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
2		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
3		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
4		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
5		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
6		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
7		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
8		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
9		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	
10		Siero Miza	Sangue con EDTA Linfonodi	

NB: Nel caso in cui i campioni siano stati prelevati da animali provenienti da Zone di Protezione o Sorveglianza, deve essere compilata una scheda per ciascuna partita introdotta nell'azienda e devono essere riportate le seguenti informazioni.

Data introduzione partita: ____ / ____ / ____

Numero totale di capi della partita: _____

Codice azienda di provenienza come da **modello 4** di introduzione

--	--	--	--	--	--	--	--

Data di prelievo dei campioni ____ / ____ / ____

Firma del veterinario (leggibile) _____

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

Numero di registro generale IZS di competenza territoriale

Esami richiesti per: ☐ Diagnosi

☐ Conferma

Note: _____

15

SCHEDA SBT06

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA ENTOMOLOGICA

(da compilarsi a cura del servizio che ha effettuato il posizionamento della trappola e del referente per la Sorveglianza entomologica dell'IZS competente per territorio)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Informazioni relative all'azienda dove è stata posizionata la trappola					
codice aziendale					
Denominazione azienda _____					
Comune _____		Località/indirizzo _____			
Latitudine _____		Longitudine _____		Altitudine _____ (metri sul livello del mare)	
specie allevate in azienda (barare le caselle corrispondenti alle specie allevate):					
Bovini	Caprini	Ovini	Equini	Suini	Ruminanti selvatici
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Numero di identificazione della trappola

----------------------	----------------------	----------------------

Data della cattura __/__/____

☐ Trappola fissa	☐ Trappola mobile	☐ Trappola in strutture particolari
Provincia: _____	☐ azienda con circolazione virale	☐ stabilimenti protetti da vetri
	☐ altro (specificare): _____	☐ cattura esterna
		☐ cattura interna
		☐ altro (specificare): _____

* specificare quando nella stessa azienda si effettuano più catture nella stessa notte

Nome e Cognome del compilatore: _____

N.B. Il posizionamento delle trappole dovrà essere preventivamente concordato con l'IZS competente per territorio e con il Centro di Riferenza Nazionale per le Malattie Esotiche.

16

RB
Pr
A
E

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 - TORINO				
MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO				
MOD N°	402509	ED/REV	00/00	STRUTTURA/LOQ.
PGS V°	2012194	PAGINA 2 DI 2		DATA: 25/10/2024

Tipo Campione: ☐ CBATT ☐ BIOPSIA / PAPILLOMA LINE

Numero campioni:

N° ACCETTAZIONE Diagnostica Sede/Sezioni:

Codice SIGLA:

- ☐ Vaccino Stabulogeno Gufibacillus Bovinus: VACCE, VACCB1 o VACCB2
- ☐ Autovaccino Papillomatosi dei bovini: AVCPPB2
- ☐ Autovaccino Papillomatosi degli equidi: AVCPPE2
- ☐ Autovaccino Podemite del cane: AVCPOC2
- ☐ Vaccino Stabulogeno Lactosaccarolitico: VACLCI
- ☐ Autovaccino/Vaccino Stabulogeno: AUTOVAC o AUTOVAC1 o AUTOVAC2

NOTE:

Informazioni per il RITIRO

LA PREPARAZIONE VACCINALE DOVRÀ ESSERE CONSEGNATA PRESSO:

☐ Il Lab. Presidi Immuno-Diagnostici - SEDE DI TORINO

☐ la SEZIONE DI

DELEGA per la consegna della preparazione vaccinale (quando non sia il dato del Veterinario prescrizione)

Il/La sottoscritto/a

nato/a il residente a

DELEGA

il Sg. la Sg.ra nato/a a

al ritiro della preparazione vaccinale di cui alla presente prescrizione.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B. La preparazione vaccinale potrà essere consegnata esclusivamente a persona maggiorenne la quale, all'atto del ritiro, dovrà esibire un proprio documento di identità valido.

DATA E LUOGO

TIMERO e FIRMA DEL VETERINARIO (delegante)

71

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta Via Dolegna 148 - TORINO				
MODULO RICHIESTA AUTOVACCINO O VACCINO STABULOGENO				
MOD. N°	40Z500	ED. REV.	00/00	STRUTTURA/LO:
FGS N°	2012194	PAGINA 1 DI 2		DATA: 25/10/2024

Handwritten signatures and initials on the right margin.

Modulo da compilare a cura del Medico Veterinario curante in forma di ricetta non ripetibile in semplice copia (art. 4, comma 1, decreto del Ministero della Sanità del 17 Marzo 1994)

IL VETERINARIO RICHIEDENTE NOME: N° TEL. CELLULARE: E-MAIL:	RICHIESTA DI PREPARAZIONE: ☐ AUTOVACCINO Completare Riquadro 1 ☐ VACCINO STABULOGENO Completare Riquadro 2 ☐ Replica VACCINO STABULOGENO Completare Riquadro 3
---	---

PROPRIETARIO: Cognome _____ Nome _____ INDIRIZZO: Via _____ COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ RECAPITI TELEFONICI: _____ CELLULARE: _____ CODICE AZIENDA: [] [] [] [] [] [] [] [] PARTITA IVA: _____ CODICE FISCALE: _____

Riquadro 1 AUTOVACCINO IDENTIFICATIVO CAPO / ANIMALE a cui è destinata la preparazione: _____ MATRICE CAMPIONE: _____
--

Riquadro 2 VACCINO STABULOGENO _____ N° Accettazione Diagnostica Sede Bazioni: _____ SPECIE ANIMALE a cui è destinata la preparazione: _____ NUMERO CAPI DA TRATTARE: _____ NUMERO DOSI: _____ CONFEZIONAMENTO: ☐ MONODOSE ☐ FLACCONE 50 mL ☐ FLACCONE 100 mL

Riquadro 3 VACCINO STABULOGENO - Replica LOTTO VACCINALE _____ EXCUTIO VACCINALE _____ ACCETTAZIONE IN: _____ NUMERO CAPI DA TRATTARE: _____ NUMERO DOSI: _____ CONFEZIONAMENTO: ☐ MONODOSE ☐ FLACCONE 50 mL ☐ FLACCONE 100 mL
--

MOTIVAZIONE CHE GIUSTIFICA LA PRESCRIZIONE, (a cura del Medico Veterinario prescrittore, da nota Ministeriale n. 44/01)

- ☐ Precedente fallimento terapeutico o incompatibilità dei componenti del presidio farmaceutico usato negli animali oggetto del trattamento ⁽¹⁾ _____
- ☐ Mancata disponibilità di vaccini autorizzati AIC.
- ☐ Prescrizione altamente specifica per presidi immunizzanti generati da microrganismi presenti nel focolaio (varianti con affinità antigenica maggiore rispetto ai vaccini commerciali) ⁽²⁾ _____

Microrganismo patogeno di interesse: _____

- ⁽¹⁾ Prescrizione per presidi che limitino la possibilità di diffusione della malattia dal focolaio primario verso altri allevamenti dello stesso territorio e in cui sia riconosciuta la correlazione epidemiologica.
- ⁽²⁾ - citare la segnalazione effettuata ai sensi della normativa vigente;
- ⁽³⁾ - specificare gli esiti di laboratorio / accertaz. indicando il patogeno di interesse

DATA: _____ FIRMA DEL VETERINARIO _____

Dati per accettazione (da compilare a cura del laboratorio PRODUTTORE)

Questo diagnostico: ☐ PVSAY ☐ _____

Segnalazione **20684** | Allegato 3(Sez.B)

Scheda **#1**

Sezione B Modulo di comunicazione conferma/non conferma rilevazione

Data 2024-10-24

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA

Al:

Sindaco del comune di: GAVI

Fax: - **Email:** - **PEC:** segreteriasindaco@pec.comunegavi.it

Servizi Veterinari ASL di: AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Fax: - **Email:** dipprev.valenza@aslal.it - **PEC:** aslat@pec.aslal.it

Nucleo Investigativo di Polizia Ambientale e Forestale della provincia di
ALESSANDRIA

Email: 044061.001@carabinieri.it

SI COMUNICA

che sulla base dell'esame tossicologico con N. 84800, il cui rapporto di prova si allega in
copia, la presenza di:

☒ **Carcassate:**

FIRMA DEL VETERINARIO



Segnalazione **20684** | Allegato 3(Sez.A)

Scheda #1

Sezione A Modulo di conferma/non conferma del sospetto

Data
24-10-2024

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA

Al:

Sindaco del comune di: GAVI

Fax: - **Email:** - **PEC:** segreteria@sindaco@pec.comunegavi.it

Servizi Veterinari ASL di: AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Fax: - **Email:** dipprev.valenza@asl.it - **PEC:** asla@pec.asl.it

**Nucleo Investigativo di Polizia Ambientale e Forestale della provincia di
ALESSANDRIA**

Email: 044061101@carabinieri.it

SI COMUNICA

che sulla base dell'esame anatomico-patologico eseguito sul campione con N. 84800 il cui rapporto di prova si allega in copia:

☒ IL QUADRO ANATOMOPATOLOGICO NON ESCLUDE IL
E SONO IN CORSO ESAMI DI LABORATORIO

FIRMA DEL VETERINARIO

29

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 - TORINO				
VERBALE CAMPIONI - SANITA' ANIMALE (ALTRI ANIMALI)				
MOD. N.	4012371	EDIZ. REV.	01/00	LABORATORIO:
POS. N°	20A0007	PAGINA		DATA:

DATA PRELIEVO _____

☐ PAGAMENTO DA PRIVATO DA
FATTURARE

N° VERBALE _____

☐ ATTIVITA' ASL SANITA' PUBBLICA

☐ DLGS 32/2021 pagamento richiesto da ASL

Spazio per l'accettazione

QUESITO DIAGNOSTICO (se presente) _____

PET THERAPY**RICHIEDENTE** (se diverso da medico veterinario) _____
☐ Medico Veterinario ☐ Proprietario ☐ Altro _____

Cognome Nome _____

tel/e-mail _____

Indirizzo _____

Comune _____

prov. _____

CAP _____

UTENTE *1 (se diverso da medico veterinario) _____
☐ Medico Veterinario L.P. ☐ Proprietario ☐ ASL ☐ APA ☐ UNIVERSITA' ☐ Altro _____

Cognome Nome/Ragione Sociale _____

tel/e-mail _____

Indirizzo _____

Comune _____

prov. _____

CAP _____

ATTIVITA' DI PRELIEVO:

Cognome Nome/Ragione Sociale _____

Cod. Aziendale: _____

Indirizzo _____

Tel _____

(via, Comune, Provincia e CAP)

TIPO CAMPIONE n° ☐ animale morto n° _____ ☐ sangue/siero n° _____ ☐ feci n° _____ ☐ latte n° _____

☐ organi _____ n° _____ ☐ campione _____ n° _____

☐ altro _____ n° _____ ☐ altro _____ n° _____
SPECIE ANIMALE _____

Id. capo (se diverso da cane/gatto) _____

razza _____

sesso _____

età _____

peso Kg _____

(se diverso da cane/gatto, indicare la specie)

Annotazioni Anamnestiche: eutanasia ☐ Sì ☐ No ☐ Sintomi gastro-enterici ☐ Sintomi respiratori ☐ Sintomi neurologici

☐ altro _____ ☐ anamnesi sconosciuta

Note aggiuntive (descrivere brevemente sintomi, terapie, morbidità e mortalità) _____

STATO DEL CAMPIONE
☐ T. AMBIENTE

☐ REFRIGERATO

☐ CONGELATO
PROVE RICHIESTE:
☐ ESAME NECROSCOPICO ☐ ESAME BATTERIOLOGICO ☐ con ANTIBIOGRAMMA ☐ ESAME MICROLOGICO

☐ ESAME PARASSITOLOGICO

☐ ESAMI VIROLOGICI (indicare agenti virali di interesse) _____

☐ ESAME SIEROLOGICO:

☐ Leishmania

☐ Rickettsia

☐ Borrelia / Ehrlichia / Anaplasma

☐ Leucosi / Immunodeficienza Felina

☐ Filaria

☐ Leptosira

☐ ALTRO (specificare) _____

☐ ALTRO (specificare) _____
GESTIONE FATTURA
☐ UTENTE

☐ RICHIEDENTE

☐ ATTIVITA' DI PRELIEVO

DATI PER LA FATTURAZIONE (se diverso da medico veterinario) _____

Timbro e Firma del Richiedente

29

29

29

21



Istituto Zooprofilattico Sperimentale
del Lazio e della Toscana M. Aleandri

GESTIONE DEL SOSPETTO



Ministero della Salute

Attenzione, l'uso dell'applicativo è riservato ai soli Medici Veterinari.

Username

Password

Accedi



Entra con SPID



Recupera Password

Registrati



Per assistenza scrivere a:

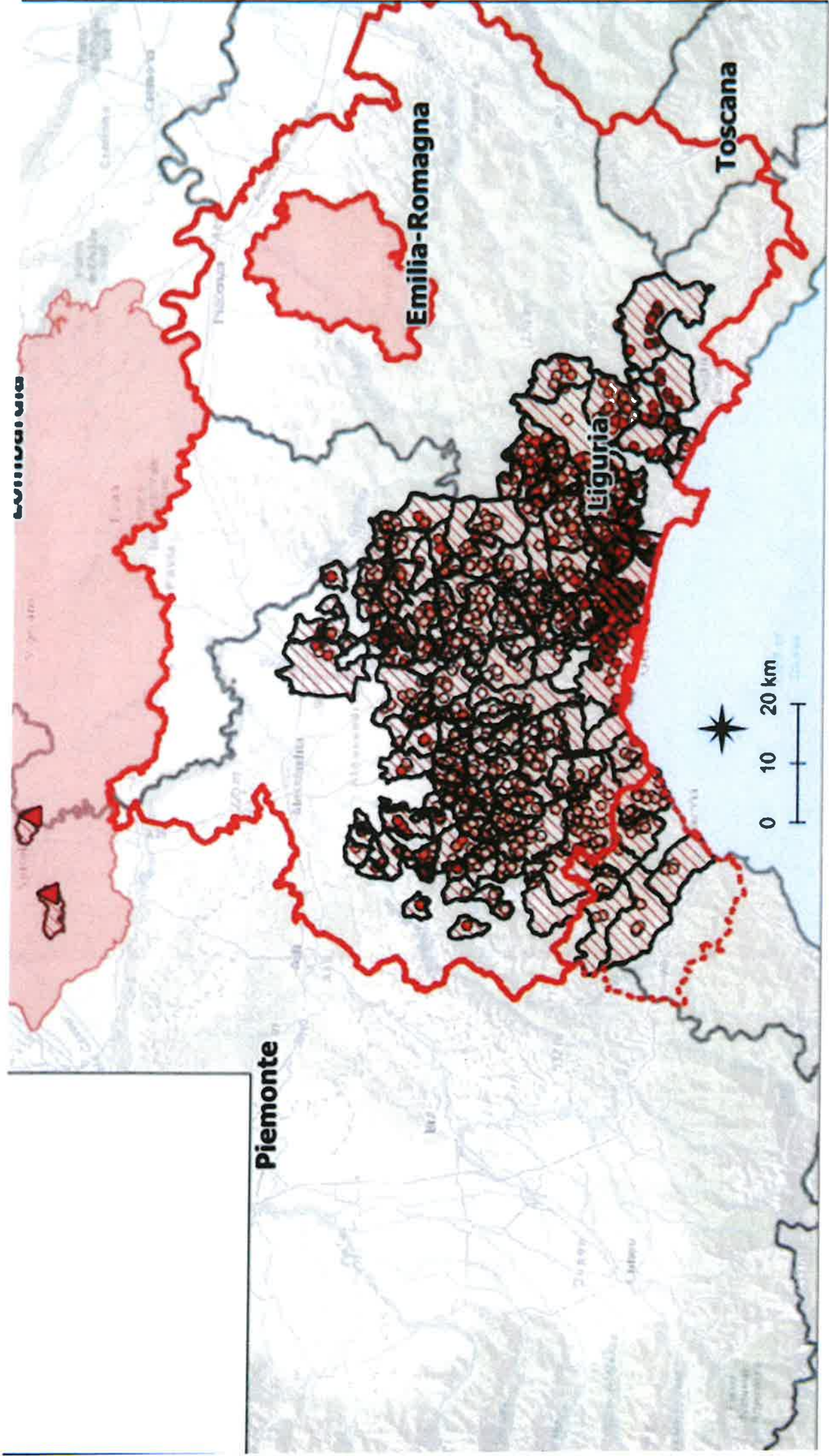
Facendo seguito alla comunicazione prot. 635/2024
del 29.01.2024 dell'Istituto Zooprofilattico
Sperimentale del Lazio e della Toscana, relativa alla

SI ATTIVA

l'invio delle PEC di conferma, tramite il Portale

L'accesso tramite SPID è possibile
solo dopo l'avvenuta registrazione e
abilitazione al Portale

AS
D. Per AS



22

23

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, AGRARIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 - TORINO				
MOD. N.	401Z215	EDIZ./REV.	01/00	LABORATORIO:
PGB N°	20X2002	PAGINA 1 DI 1		DATA: 13/10/2010

ALLEVAMENTO:
Indirizzo:
CODICE REGIONALE ALLEVAMENTO USSL: ISTAT: PROGR: AZ:
(*) BOVINO (BV) - N° CONTRASSEGNO:
(*) OVINO (OV) - N° CONTRASSEGNO:
(*) CAPRINO (CP) - N° CONTRASSEGNO:
RAZZA: SESSO: ETÀ:

TIPOLOGIA DI PRELIEVO PER CATEGORIA:

BV: VACCHE CV/CP: FEMMINE	BV: MANZE	BV: MASCHI OV/CP: MASCHI
MILZA Linfonodi ILIACI (dx e sin) 4/4 MAMMARI Linf. SOPRAMAMMARI (dx e sin) UTERO	MILZA Linfonodi ILIACI (dx e sin) Linfonodi TESTA (sottomandibolari- parotidi- retrofariagel)	MILZA Linfonodi ILIACI (dx e sin) APP. RIPRODUTTORE (testicolo, prostata, epididimo, v esc. seminali) E LINF. ASSOCIATI

- (*) utilizzare una scheda per ogni capo
- i campioni devono essere stoccati e identificati separatamente in contenitori ermetici (sacchetto/bialbero) e riposti insieme in un secondo unico contenitore ermetico (sacchetto) (NB: i linfonodi dx e sin dello stesso tipo possono essere inviati nel medesimo contenitore)
- l'invio dei campioni al laboratorio va effettuato a temperatura di refrigerazione entro 12 ore dal prelievo (se non è possibile → congelare il materiale per invio in tempi successivi)
- dei 4/4 mammari di bovino va inviato un quantitativo di tessuto corrispondente a ca. 10x10x10 cm per quarto; per gli ovi-caprini inviare la mammella intera

MACELLO: indirizzo:

ASR:

Cognome e Nome del Veterinario

Data

Firma

.....

.....

.....

24

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA VIA BOLOGNA 148 - TORINO			
VERBALE CAMPIONI - SANITA' ANIMALE (ALTRI ANIMALI)			
MOD. N.	4012373	EDIZ./REV.	01/00
LABORATORIO:			
PSS N°	20A0007	PAGINA	DATA:

DATA PRELIEVO _____

☐ PAGAMENTO DA PRIVATO DA
FATTURARE

N° VERBALE _____

☐ ATTIVITA' ASL SANITA' PUBBLICA

X DLGS 32/2021 (pagamento raccolto da ASL)

Spazio per l'accettazione

QUESITO DIAGNOSTICO (se presente) _____

RICHIEDENTE (per favore indicare una delle tre possibilità): ☐ Medico Veterinario ☐ Proprietario ☐ Altro _____

Cognome Nome _____ tel/e-mail _____

Indirizzo _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____

UTENTE *1 (selezionare da Report di Prodi)

☐ Medico Veterinario L.P. ☐ Proprietario ☐ ASL ☐ APA ☐ UNIVERSITA' ☐ Altro _____

Cognome Nome/Ragione Sociale _____ tel/e-mail _____

Indirizzo _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____

ATTIVITA' DI PRELIEVO:

Cognome Nome/Ragione Sociale _____ Cod. Aziendale: _____

Indirizzo _____ Tel _____

(Ind. Comune, Provincia e CAP)

TIPO CAMPIONE n° ☐ animale morto n° _____ ☐ sangue/siero n° _____ ☐ feci n° _____ ☐ latte n° _____

☐ organi _____ n° _____ ☐ tampone _____ n° _____

☐ altro _____ n° _____ ☐ altro _____ n° _____

SPECIE ANIMALE _____ Id. capo (per favore indicare: cane/capra/ovino) _____

razza _____ sesso _____ età _____ peso Kg _____ (per favore indicare: cane/capra/ovino) (vedi pagina 2)

Anamnesi/Anamnestiche: eutanasia ☐ Si ☐ No ☐ sintomi gastro-enterici ☐ sintomi respiratori ☐ sintomi neurologici

☐ altro _____ ☐ anamnesi sconosciuta

Note aggiuntive (descrivere brevemente sintomi, terapie, morbidità e mortalità): _____

STATO DEL CAMPIONE ☐ T. AMBIENTE ☐ REFRIGERATO ☐ CONGELATO

PROVE RICHIESTE:

☐ ESAME NECROSCOPICO ☐ ESAME BATTERIOLOGICO ☐ con ANTIBIOGRAMMA ☐ ESAME MICOLOGICO

☐ ESAME PARASSITOLOGICO

☐ ESAMI VIROLOGICI (indicare agenti virali di interesse) _____

☐ ESAME SIEROLOGICO: ☐ Leishmania ☐ Rickettsia ☐ Borrelia / Ehrlichia / Anaplasma

☐ Leucosi / Immunodeficienza Felina ☐ Filaria ☐ Leptospirosi

☐ ALTRO (specificare) _____

☐ ALTRO (specificare) _____

GESTIONE FATTURA ☐ UTENTE ☐ RICHIEDENTE ☐ ATTIVITA' DI PRELIEVO

DATI PER LA FATTURAZIONE (vedere foglio n° 2, pagina 2a) _____

Timbro e Firma del Richiedente

[Handwritten signatures and initials]

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA
VIA BOLOGNA 148 - TORINO

MOD.N.	40IZ216	EDIZ./REV.	01/00	LABORATORIO:
PGS N°	20IZ002	PAGINA 1 DI 1		DATA: 13/10/2010

DATA PRELIEVO DATA CONSEGNA N° CAMPIONI

MATERIALE SPECIE

ESAMI RICHIESTI: ☐ ESAME COLTURALE ☐ PCR ☐ ESAME ISTOLOGICO

☐ MOD. 10/33 ☐ MOD. 9/33 ☐ ALTRO

PARTITA COMPOSTA DA N. CAPI

ANNOTAZIONI ANAMNESTICHE

PROPRIETARIO: COGNOME NOME
INDIRIZZO

SEDE ALLEVAMENTO/SITO ANIMALI : INDIRIZZO

COMUNE PROV A.S.R. N.

CODICE	REGIONE	ALLEVAMENTO	
A.S.R	ISTAT	PROGR. AZ	VERB. A.S.R. N°

IDENTIFICATIVO DEL CAMPIONE N° MARCA AURICOLARE N°
(utilizzare una scheda per ogni singola marca auricolare)

STADIO E CARATTERI MORFOSTRUTTURALI DELLE LESIONI:

Complesso primario completo ☐
 Complesso primario incompleto ☐
 Generalizzazione precoce protratta ☐
 Generalizzazione precoce acuta ☐
 Periodo post primario ☐
 NVL (no visible lesions) ☐
 "LESIONE SOSPETTA" ☐

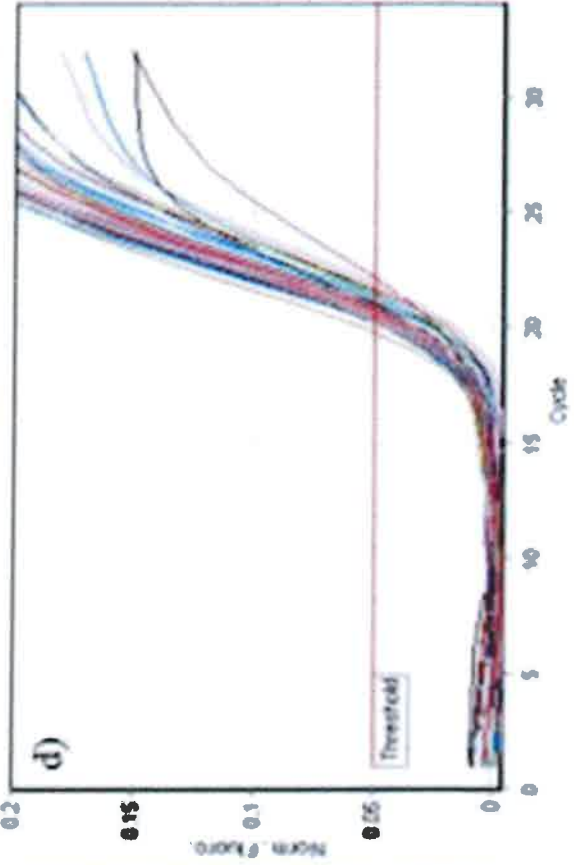
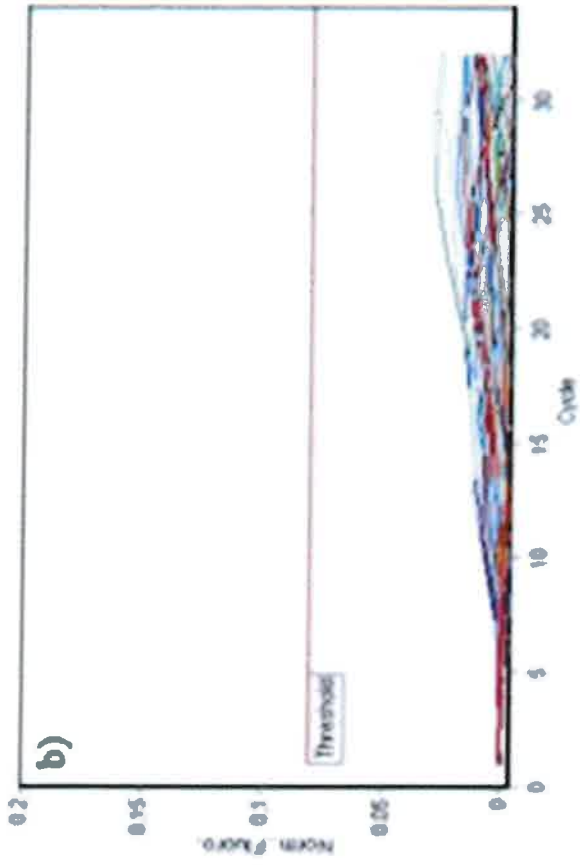
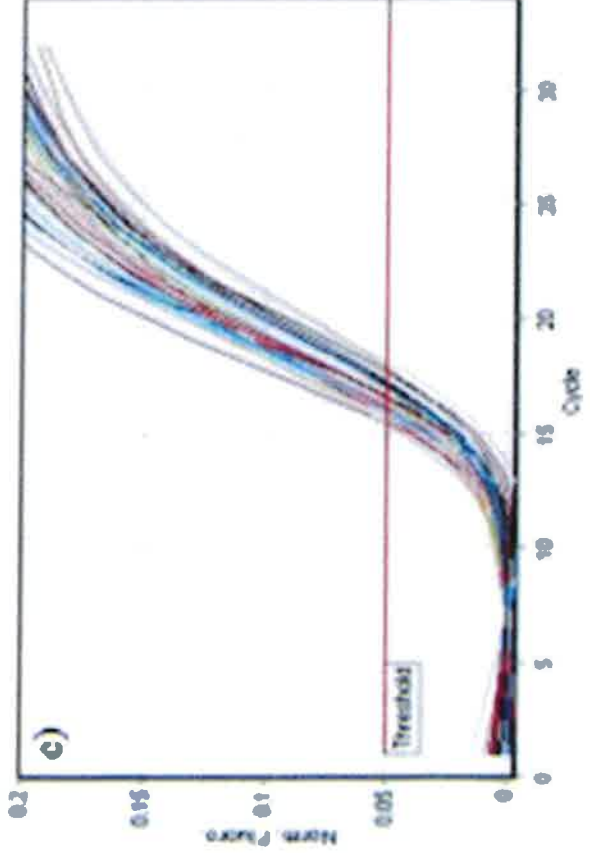
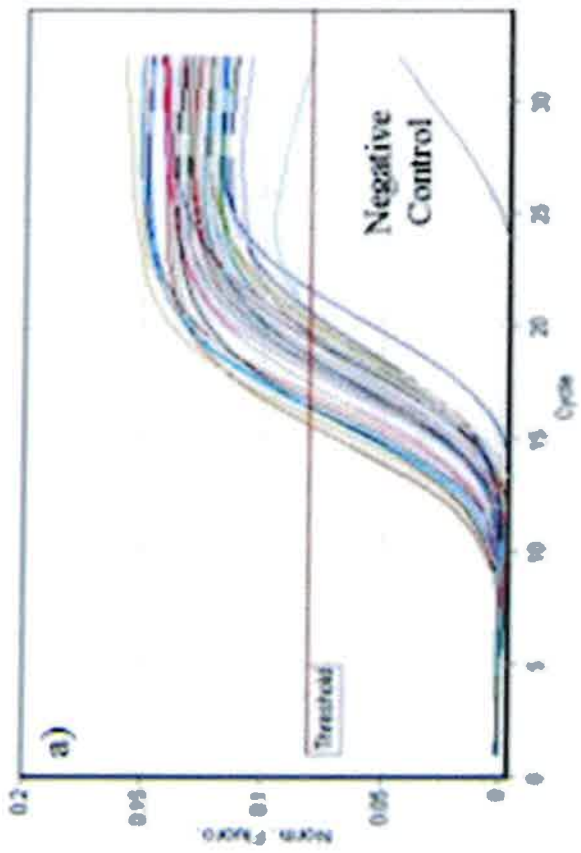
SEDE E DESCRIZIONE DELLE LESIONI :

N.B.: I campioni dei singoli organi devono essere mantenuti separati tra loro, posti in contenitori ermetici e inviati il più rapidamente possibile al laboratorio, mantenendoli a temperatura di refrigerazione; se l'invio non è effettuabile entro 12 ore dal prelievo congelare il campione (se necessario l'esame istologico fissare un'aliquota in formalina)

Sede prelievo - **MACELLO**: **Comune**:

PRELEVATORE: COGNOME NOME A.S.R.

TIMBRO E FIRMA



26-18

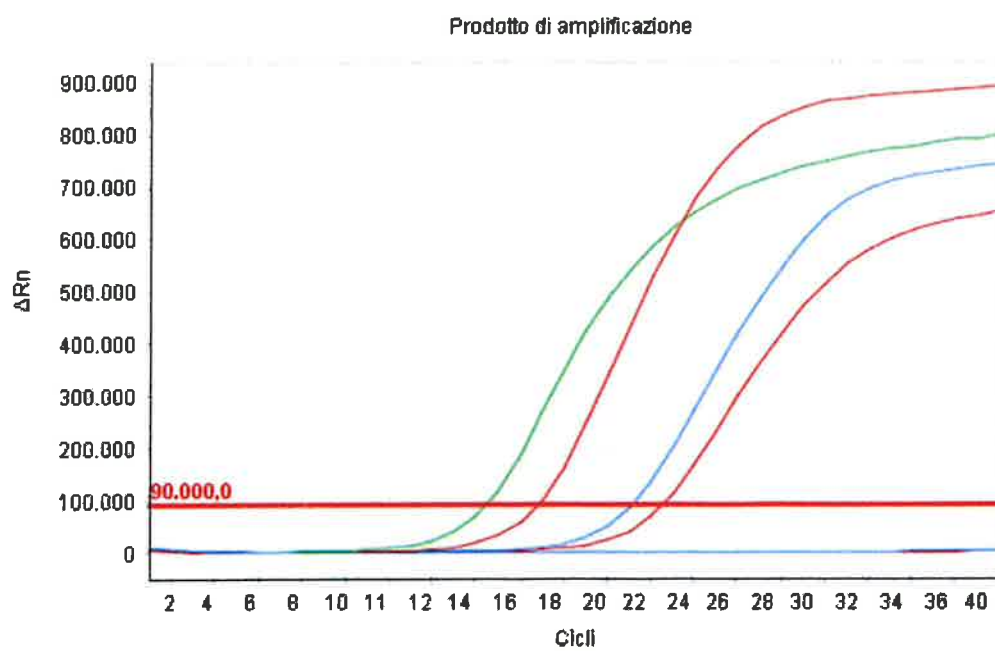
27



27

28

28
28
28



29



29
29
29

30



24/8/20
20



13. LATTE IN POLVERE E SIERO DI LATTE IN POLVERE (latte vaccino e latte di altre specie)			
PARAMETRO	METODO	Criteri igiene processo reg.CE 2073/2006 e s.m.i	NOTE
Enterobatteriche	EN ISO 21528-2	≤ 10 ufc/g (n=5, c=0)	Latte pastorizzato e siero di latte in polvere e prodotti derivati a base di latte pastorizzato e siero di latte pastorizzato
Stafilococchi coag. positivi	ISO 4958	m = 10 ufc/g, M = 100 ufc/g (n=5, c=2)	Latte in polvere e siero di latte in polvere e prodotti derivati a base di latte pastorizzato e siero di latte pastorizzato
Campione in PRODUZIONE prelevare 1 aliquota composta da 5 a.c.			

14. LATTE COAGULATO, CREME DI LATTE COAGULATE, PRODOTTI A BASE DI LATTE LIQUIDI O GELIFICATI (mascarpone, budino, panna cotta, ...)			
YOGURT E LATTI FERMENTATI - GELATI E DESSERT A BASE DI LATTE CONGELATI			
PARAMETRO	METODO	Valori guida diversi dal reg.CE 2073/2006 e s.m.i	Criteri igiene processo reg.CE 2073/2006 e s.m.i
Enterobatteriche	EN ISO 21528-2		≤ 10 ufc/g (n=5, c=0)
Stafilococchi coag. positivi	ISO 4958	≤ 100 ufc/g	m=10 ufc/g, M=100 ufc/g (n=5, c=2)
Muffe	ISO 21527-1	≤ 100 ufc/g	
Campione in PRODUZIONE prelevare 1 aliquota composta da 5 a.c. (in "Prodotti lattiero-caseari liquidi pastorizzati" o "Latte e dessert a base di latte congelati": addurre da 1 a.c. 100 "Yogurt")			

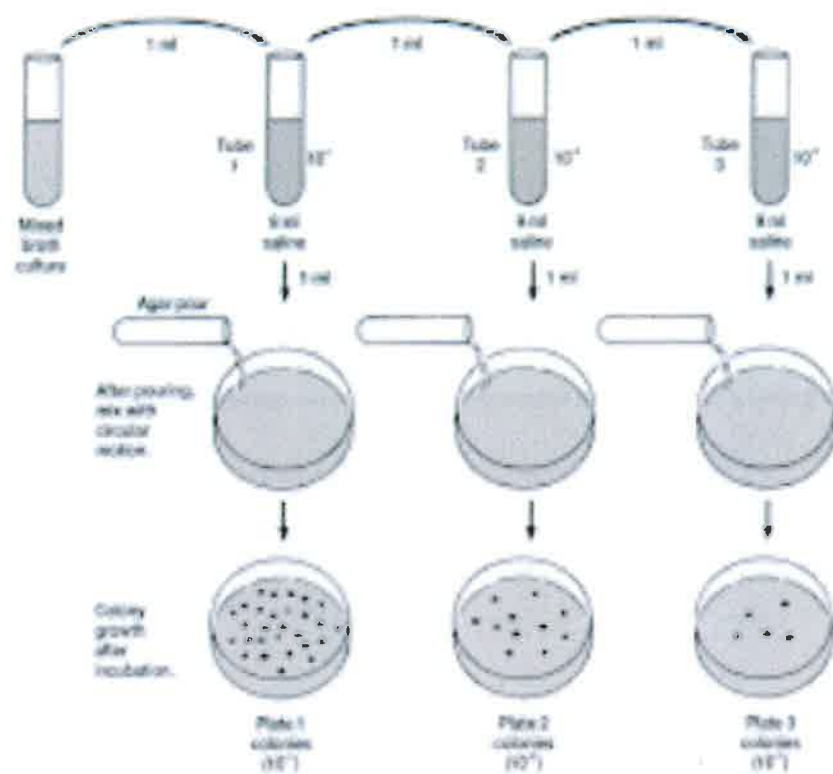
15. BURRO E PANNA			
PARAMETRO	METODO	Valori guida diversi dal reg.CE 2073/2006 e s.m.i	Criteri igiene processo reg.CE 2073/2006 e s.m.i
E.coli (sifilicoidi) positivi	ISO 16642		m=10 ufc/g, M=100 ufc/g (n=5, c=2)
Stafilococchi coag. positivi	ISO 4958	≤ 10 ufc/g	
Stafilococchi coag. positivi	ISO 4958	≤ 100 ufc/g	
Campione in PRODUZIONE prelevare 1 aliquota composta da 5 a.c. (se Burro e panna a base di latte crudo o di latte sterilizzato a trattamento termico a temperatura inferiore a quella della pastorizzazione)			

29 B R B

Categoria alimentare	Microorganismi/loro tossine, metaboliti	Piano di campionamento (°)		di Listeria (°)		Metodo d'analisi di riferimento (°)	Fase a cui si applica il criterio
		n	c	m	M		
1.1. Alimenti pronti per lattanti e alimenti pronti a fini medici speciali (°)	<i>Listeria monocytogenes</i>	10	0	> 149 rilevabile < 10 in 25 g	↓ Non	EN/ISO 11290-1	Prodotti immessi sul mercato durante il loro periodo di conservabilità
1.2. Alimenti pronti che costituiscono terreno favorevole alla crescita di <i>Listeria monocytogenes</i> diverso da quelli destinati ai lattanti e a fini medici speciali	<i>Listeria monocytogenes</i>	5	0	100 ufc/g (°)		EN/ISO 11290-2 (°)	Prodotti immessi sul mercato durante il loro periodo di conservabilità
		5	0	> 149 rilevabile < 10 in 25 g (°)	↓ Non	EN/ISO 11290-1	Prima che gli alimenti non siano più sotto il controllo diretto dell'operatore del settore alimentare che li produce
1.5. Alimenti pronti che non costituiscono terreno favorevole alla crescita di <i>Listeria monocytogenes</i> diverso da quelli destinati ai lattanti e a fini medici speciali (°)	<i>Listeria monocytogenes</i>	5	0	100 ufc/g		EN/ISO 11290-2 (°)	Prodotti immessi sul mercato durante il loro periodo di conservabilità

▼M1↓						
1.26. Prodotti della Istamina pesca ottenuti da specie ittiche associate con un tenore elevato di istidina ⁽¹⁷⁾	9 ⁽¹⁸⁾	2	100 mg/kg	200 mg/kg	►M9 EN ISO 19343 ◀	Prodotti immessi sul mercato durante il loro periodo di conservabilità
▼M5↓						
1.27. Prodotti della Istamina pesca, tranne quelli appartenenti alla categoria alimentare 1.27 bis, che hanno subito un trattamento di maturazione enzimatica in salamoia, ottenuti da specie ittiche associate con un tenore elevato di istidina ⁽¹⁷⁾	9 ⁽¹⁸⁾	2	200 mg/kg	400 mg/kg	►M9 EN ISO 19343 ◀	Prodotti immessi sul mercato durante il loro periodo di conservabilità

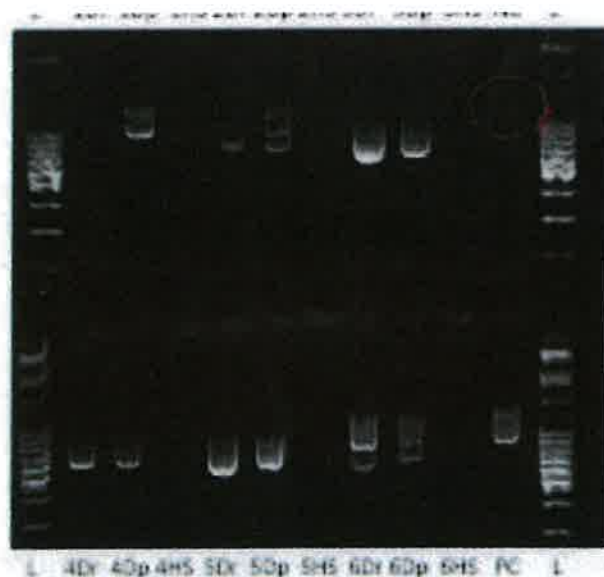
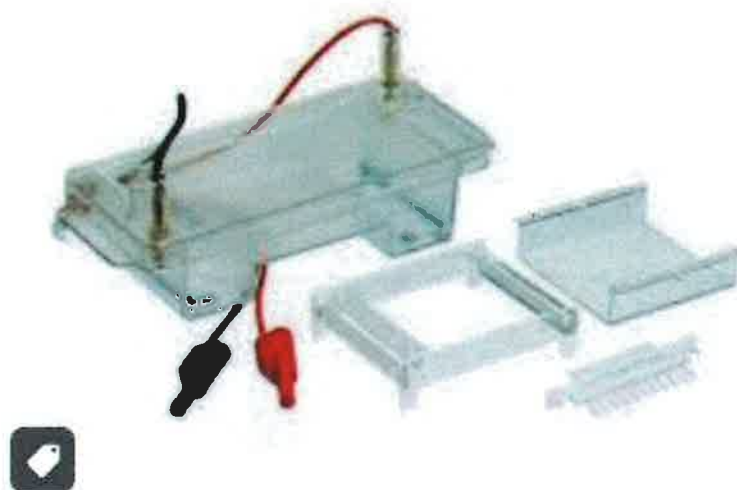
"O"-group	Serovar	"O" antigens	Phase 1 "H" antigens	Phase 2 "H" antigens
A	S. Paratyphi A	1,2,12	a	no phase 2 antigen
	S. Paratyphi A var. Durazzo	2,12	a	no phase 2 antigen
B	S. Paratyphi B	1,4,5,12	b	1,2
	S. Paratyphi B var. Odense	1,4,12	b	1,2
	S. Java	1,4,5,12	b	(1,2)
	S. Limete	1,4,12,27	b	1,5
	S. Typhimurium	1,4,5,12	i	1,2
	S. Typhimurium var. Copenhagen	1,4,12	i	1,2
	S. Agama	4,12	i	1,6
	S. Abortus-equi	4,12	no phase 1 antigen	e,n,x
	S. Abortus-ovis	4,12	c	1,6
	S. Agona	4,12	f,g,s	no phase 2 antigen
	S. Brandenburg	4,12	l,v	e,n,z ₁₅
	S. Bredeney	1,4,12,27	l,v	1,7
	S. Derby	1,4,5,12	f,g	no phase 2 antigen
	S. Heidelberg	1,4,5,12	r	1,2
	S. Saintpaul	1,4,5,12	e,h	1,2
	S. Salinatis	4,12	d,e,h	d,e,n,z ₁₅
	S. Stanley	4,5,12	d	1,2
C ₁	S. Paratyphi C	6,7,Vi	c	1,5
	S. Choleraesuis	6,7	c	1,5
	S. Choleraesuis var. Kunzendorf	6,7	(c)	1,5
	S. Decatur	6,7	c	1,5
	S. Typhisuis	6,7	c	1,5
	S. Bareilly	6,7	y	1,5
	S. Infantis	6,7	r	1,5
	S. Menston	6,7	g,s,t	no phase 2 antigen
	S. Montevideo	6,7	g,m,s	no phase 2 antigen
	S. Oranienburg	6,7	m,t	no phase 2 antigen
	S. Thompson	6,7	k	1,5
C ₂	S. Bovismorbificans	6,8	r	1,5





38

38



PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W05

Sorveglianza entomologica - Scheda di accompagnamento campioni

NOTA BENE: utilizzare una scheda per ogni cattura

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'AZIENDA

ALLEVAMENTO (precompilata nel caso di prelievi in aziende)

CODICE AZIENDALE

001TE001

CODICE FISCALE

LLAFRC61R04L904W

SPECIE ALLEVATA

EQUIDI

Proprietario

AIELLI FEDERICA

Codice Fiscale

LLAFRC61R04L904W

Detentore

Codice Fiscale

Coordinate

LATITUDINE: 42.8100

N

LONGITUDINE: 13.8600

E

ALTRI SITI DI CATTURA

ALTRI SITI (da riempire in caso di prelievi effettuati in siti differenti dalle aziende)

Località:

Coordinate geografiche (1):

Latitudine: [] [] [] [] [] [] [] [] N Longitudine [] [] [] [] [] [] [] [] E

SCHEMA A: CATTURA INTERA (a cura dell'operatore)

1

CO2-CDC light trap

2

Gravid trap

3

BG Sentinel trap

4

Cattura larvale

5

Aspirazione

6

Altro

N.B. se la cattura è stata effettuata ma non è stato catturato alcun insetto, il risultato va comunque registrato.

Data cattura

Richiedente

Firma

1) Esprimere latitudine e longitudine in gradi decimali utilizzando il sistema WGS84

40

Handwritten notes and signatures in the top right corner.

PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W02

Sorveglianza su uccelli stanziali appartenenti a specie "sinantropiche" e sulla mortalità negli uccelli selvatici

COMUNE _____ Sigla Provincia: _____

Data di ritrovamento/cattura: _____ Codice gabbia corvidi: _____

Località di ritrovamento/cattura: _____

Coordinate geografiche²:

Latitudine: [][] . [][][][][][] N Longitudine [][] . [][][][][][] E

Specie animale rinvenuta¹:

- ☐ Cornacchia grigia (*Corvus corone cornix*)

☐ Sorveglianza attiva

☐ Gazza (*Pica pica*)

☐ Sorveglianza passiva

☐ Ghiandaia (*Garrulus glandarius*)

☐ Altra specie _____

ID	MATERIALE INVIATO
	☐ RENE ☐ CUORE ☐ CERVELLO ☐ MILZA ☐ OMOGENATO (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ c-DNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ RNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza)
	☐ RENE ☐ CUORE ☐ CERVELLO ☐ MILZA ☐ OMOGENATO (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ c-DNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ RNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza)
	☐ RENE ☐ CUORE ☐ CERVELLO ☐ MILZA ☐ OMOGENATO (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ c-DNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ RNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza)
	☐ RENE ☐ CUORE ☐ CERVELLO ☐ MILZA ☐ OMOGENATO (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ c-DNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ RNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza)
	☐ RENE ☐ CUORE ☐ CERVELLO ☐ MILZA ☐ OMOGENATO (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ c-DNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza) ☐ RNA (☐ Rene ☐ Cuore ☐ Cervello ☐ Milza)

Firma _____

¹ **Utilizzare una scheda per ogni specie.** Riportare il nome latino della specie dove non espressamente indicato
² Esprimere latitudine e longitudine in gradi decimali utilizzando il sistema WGS84



PIANO SORVEGLIANZA FAUNA SELVATICA DELLA REGIONE PIEMONTE

Verbale di campionamento

ASL: AZIENDA SANITARIA LOCALE AT

Protocollo ASL: **SA21224000579**

Veterinario campionatore: [REDACTED]

Data prelievo: 12/10/2024

Luogo di campionamento: AMBITO TERRITORIALE DI CACCIA AT2 - SUD TANARO

Indirizzo: VIA VALLE SAN GIOVANNI 8 - 14049 NIZZA MONFERRATO AT

Sorveglianza: Attiva

Tipo campionamento: Animali abbattuti durante attività venatoria

Matrici: MILZA, POLMONE, LINFONODI, COAGULO

Esami richiesti: BRUCELLOSI - CULTURALE, TUBERCOLOSI - CULTURALE, BRUCELLOSI - SIEROLOGICO, MALATTIA DI SIEROLOGICO

Conservazione: Congelato

Annotazioni anamnestiche/osservazioni: id 2024076186C

Capi

campione	specie	contrassegno identificativo	sex	età	data morte/abbattimento	comune di abb
1	CINGHIALE		F	Adulto	12/10/2024	SEROLE

Il veterinario

timbro e firma: [REDACTED]

[REDACTED]