

NWO R['UMR' F HUGCUG

Uej gf c'f k'ceeqo rci pco gpvq'eco r kqpk

AZIENDA USL: _____

COMUNE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____

CNNGXCO GPVQ' r'ct v'g' t' tgeqo r k'w+

EQF KEG'C\ KGPFCNG'	Eqf leg'Hk'ecig' r' t qrt l'gvt lq	URGEK'CNNGXCVC
		
Fgpqo kpc kpg	Qtlgpwo gpvq' t qf wlxq	
Vlr qm' k' l'nt wwt c	Kpf k'k q	
Rt qrt l'gvt lq	Eqqt f l'p'v'g' i gqi t c'hej g<	
LATITUDINE: _____	P	LONGITUDINE: _____ G

O qv'k'q' f gnr' t g'lxq*, +

<input type="checkbox"/> 3 Bovino con sintomi clinici e/o febbre	<input type="checkbox"/> 4 Controllo bovini in seguito a rintraccio	<input type="checkbox"/> 5 Controllo pre-moving	<input type="checkbox"/> 6 Controllo effetti indesiderati post-vaccinazione
---	--	--	--

(*) Barrare un solo motivo per ogni scheda

GNGPEQ'F GKE CO RIQP KRT GNGXCVR' r'ct v'g' t' tgeqo r k'w+

P0	Eqf leg'f' gpv' h'ec' v'lxq' f gnr' plo c'ig F'c'v' f' k'p'c'ue'k'c' /' U'gu'q	Ur gelg c'plo c'ig	O c'vgt k'c'ig' l'p'x'k'v'q
1			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Noduli
2			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Noduli
3			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Noduli
4			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Noduli
5			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Tampone nasale <input type="checkbox"/> Noduli

N.	Codice identificativo dell'animale Data di nascita - Sesso	Specie animale	Materiale inviato	
6			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Tampone nasale	<input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Noduli
7			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Tampone nasale	<input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Noduli
8			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Tampone nasale	<input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Noduli
9			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Tampone nasale	<input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Noduli
10			<input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Tampone salivare <input type="checkbox"/> Tampone nasale	<input type="checkbox"/> Sangue intero <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Croste <input type="checkbox"/> Noduli

LUMPY SKIN DISEASE

Scheda di accompagnamento campioni

Descrizione sintomi clinici e/o lesioni anatomo-patologiche riscontrate:

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

Istituto Zooprofilattico Sperimentale / Sezione diagnostica di _____

Numero identificativo Accettazione IZS _____

Veterinario prelevatore _____

Data di prelievo dei campioni ____/____/____

Firma del veterinario (leggibile) _____