



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PRESIDÈNZIA
PRESIDENZA

Unità di Progetto per l'eradicazione della peste suina africana
Quarto Provvedimento

Allegato 5 INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER CINGHIALI

STATO	ITALIA
ASSL N. _____ DISTRETTO DI _____	
COMUNE	LOCALITA'
COORDINATE GEOGRAFICHE	LAT. _____ LONG. _____ ALT. _____
MISURE DI RESTRIZIONE IN ATTO	<input type="checkbox"/> ZONA INFETTA – <input type="checkbox"/> ZONA DI SORVEGLIANZA – <input type="checkbox"/> ZONA DI PROTEZIONE
IDENTIFICAZIONE CINGHIALE*	N. ACCETTAZIONE _____ PROGR. SCHEDA N. _____
DISTANZA DALL'AZIENDA SUINA PIU' VICINA	
DATA DELL'UCCISIONE/RITROVAMENTO	
CARCASSA:	<input type="checkbox"/> 1 = UCCISO <input type="checkbox"/> 2 = TROVATO MORTO <input type="checkbox"/> 3 = TROVATO MALATO <input type="checkbox"/> 4 = INVESTIMENTO
GENERALITA' DI CHI HA UCCISO O RINVENUTO L'ANIMALE	
ETA'	<input type="checkbox"/> 1 = 0-6 MESI (0 molari) <input type="checkbox"/> 2 = 6-18 MESI (1 molare) <input type="checkbox"/> 3 = 18-30 MESI (2 molari) <input type="checkbox"/> 4 = > 30 MESI (3 molari)
SESSO	<input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> MASCHIO
ESAME VIROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = IF <input type="checkbox"/> 2 = Isolamento virale <input type="checkbox"/> 3 = PCR
ESAME SIEROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = ELISA <input type="checkbox"/> 2 = Immunoblotting
CONFERMA DI FOCOLAIO	<input type="checkbox"/> 1 = confermato <input type="checkbox"/> 2 = non confermato

* Ogni cinghiale deve essere identificato mediante il n. di accettazione assegnato al campione dall'IZS e dal n. progressivo (da 1 a 10) che risulta nella scheda di accompagnamento inviata insieme al campione.

Data

Il Veterinario Ufficiale