

Data invio:.....

Scheda di raccolta dati anamnestici e di campionamento

Matricola/ID:.....

Animali esotici - selvatici

Dati Richiedente	Dati Struttura/Responsabile/Proprietario
Ambulatorio Vet	Ragione sociale/Nome e Cognome
.....
Indirizzo	Indirizzo
CAP.....ComuneProvincia	CAP.....ComuneProvincia
Telefono.....Fax.....	Telefono.....Fax.....
Email.....	Email.....
C.F./P.IVA:	C.F./P.IVA:

Dati Animale	
Specie Animale:.....	Identificativo:.....
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Età:anni probabile <input type="checkbox"/> certa <input type="checkbox"/>
L'animale potrebbe aver avuto contatti con topi e/o ratti: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> specificare.....	
Tipo di alimentazione:.....	
Dati dell'azienda produttrice dell'alimento (denominazione, indirizzo):.....	
L'animale ha presentato nel suo passato o presenta lesioni ulcerative su cute e/o mucose: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/>	

Tipo campione conferito	Condizioni di invio campione
Carcassa <input type="checkbox"/>	Refrigerato / congelato <input type="checkbox"/>
Sangue/siero <input type="checkbox"/>	Formalina <input type="checkbox"/>
Ago aspirato <input type="checkbox"/>	
Raschiato <input type="checkbox"/>	
Tampone <input type="checkbox"/>	
Biopsia <input type="checkbox"/>	

Decodifica lesioni cutanee da Cowpoxvirus

Tipo di Lesione	Note
Papula – Placca <input type="checkbox"/>	Comparsa 4-5 gg dall'infezione
Vescicola <input type="checkbox"/>	
Nodulo <input type="checkbox"/>	
Ulcera <input type="checkbox"/>	Ø da 3-5 mm a 1 cm
Siero essiccato <input type="checkbox"/>	Guarigione spontanea in 4-5 settimane; può residuare cicatrice e alopecia
Crosta <input type="checkbox"/>	

Localizzazione presente o passata delle lesioni

<input type="checkbox"/> Testa	<input type="checkbox"/> Cavità orale	<input type="checkbox"/> Arto anteriore Dx	<input type="checkbox"/> Arto Posteriore Dx
<input type="checkbox"/> Collo	<input type="checkbox"/> Lingua	<input type="checkbox"/> Arto anteriore Sx	<input type="checkbox"/> Arto posteriore Sx
<input type="checkbox"/> Muso	<input type="checkbox"/> Altro.....	<input type="checkbox"/> Perineo	<input type="checkbox"/> Coda

Terapia SI quale.....
 NO

Data Prelievo.....

Firma.....