

RINOPOLMONITE da EHV-1/EHV4 negli equidi

SCHEDE ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI

ANAGRAFICA AZIENDA/PROPRIETARIO

Codice azienda Denominazione _____
 Detentore _____ Proprietario _____
 Indirizzo/Località _____
 Comune _____ Provincia _____
 Tipologia di conduzione maneggio centro ippico allevamento altro: (specificare) _____
 Attitudine capi: sella trotto galoppo lavoro carne altro (specificare) _____
 Coordinate geografiche (Sistema WGS84, gradi decimali): Lat. Nord _____ Long. Est _____
 ASL _____ Referente _____

EQUIDE

Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
------	-----------	--------------	-------

Motivo del prelievo: capo deceduto capo sintomatico capo venuto a contatto con sospetto/positivo
Specie: cavallo asino mulo bardotto **Sesso:** maschio femmina castrone
 Data rilievo dei sintomi _____ Data presunta di inizio dei sintomi _____

SINTOMI (barrare sempre si/no)

1. febbre	si _	no _	2. depressione	si _	no _	3. incoordinazione	si _	no _
4. atassia	si _	no _	5. paresi/paralisi aa post	si _	no _	6. decubito permanente	si _	no _
7. scolo nasale	si _	no _	8. tosse	si _	no _	9. dispnea	si _	no _
10. cecità	si _	no _	11. aborto	si _	no _	12. natimortalità	si _	no _

CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)

tampone nasale sangue senza anticoagulante/siero feto/carcassa intera
 invogli fetali fegato* milza* polmone* timo* encefalo* midollo spinale*
 • da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto

EQUIDE

Nome	Microchip	Anno nascita	Razza
------	-----------	--------------	-------

Motivo del prelievo: capo deceduto capo sintomatico capo venuto a contatto con sospetto/positivo
Specie: cavallo asino mulo bardotto **Sesso:** maschio femmina castrone
 Data rilievo dei sintomi _____ Data presunta di inizio dei sintomi _____

SINTOMI (barrare sempre si/no)

1. febbre	si _	no _	2. depressione	si _	no _	3. incoordinazione	si _	no _
4. atassia	si _	no _	5. paresi/paralisi aa post	si _	no _	6. decubito permanente	si _	no _
7. scolo nasale	si _	no _	8. tosse	si _	no _	9. dispnea	si _	no _
10. cecità	si _	no _	11. aborto	si _	no _	12. natimortalità	si _	no _

CAMPIONI PRELEVATI PER DIAGNOSI (barrare 1 o più opzioni e specificare ove richiesto)

tampone nasale sangue senza anticoagulante/siero feto/carcassa intera
 invogli fetali fegato* milza* polmone* timo* encefalo* midollo spinale*
 • da prelevare sia in feto sia in soggetto deceduto

Veterinario prelevatore: Dr. _____

Telefono 1) _____ 2) _____ ASL Libero Profess

Mail _____

Data _____ Firma _____