

ANEMIA INFETTIVA DEGLI EQUIDI
SCHEDA DI RILEVAMENTO DATI
IN UN FOCOLAIO

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte in maniera chiara e leggibile e deve essere datata e firmata dal veterinario ufficiale

Si raccomanda di somministrare la scheda al detentore degli animali, possibilmente insieme al veterinario aziendale.

DR.....

Recapito telefonico.....

A.S.L. n°

Data/..../.....

Codice identificazione azienda (DPR 317/96)

Identificativo fiscale dell'azienda (P. IVA/ C.F.)

Denominazione azienda

Proprietario.....

Detentore (se diverso dal proprietario).....

Via/località N. Comune Prov.

TIPOLOGIA AZIENDA (BARRARE).

 Carne con fattrici; Carne senza fattrici Equestre con fattrici; Equestre senza fattrici;

 Ippico con fattrici; Ippico senza fattrici; Lavoro

Focolaio **NO** **SI** se si data NOTIFICA di focolaio:/..../.....

Se si N° notifica SIMAN_____ del/..../.....

 Azienda Sospetta **NO** **SI**
Positività sierologica riscontrata a seguito di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sorveglianza sierologica in azienda | <input type="checkbox"/> 7 compravendita |
| <input type="checkbox"/> 2 Sorveglianza al mattatoio | <input type="checkbox"/> 8 movimentazioni capi Nazionale o UE |
| <input type="checkbox"/> 3 Sospetto clinico | <input type="checkbox"/> 9 movimentazione capi Internazionale (extra UE) |
| <input type="checkbox"/> 4 Controllo dopo allontanamento capo positivo | <input type="checkbox"/> 10 Partecipazione a fiere/aste/mostre/altre concentrazioni di equidi |
| <input type="checkbox"/> 5 Autorizzazione alla monta | <input type="checkbox"/> 11 Controllo sierologico su rintracci di capi da focolaio o positività al macello |
| <input type="checkbox"/> 6 sospetto sierologico | |

PROVVEDIMENTI ADOTTATI DOPO NOTIFICA FOCOLAIO : abbattimento

detenzione e isolamento

I. STATO SANITARIO DELL'AZIENDA PRIMA DEL RILIEVO DEL FOCOLAIO

(riferito alla struttura nella quale sono detenuti gli equidi)

1) Azienda già controllata in precedenza? SI
NO

2) DATA ULTIMA PROVA SIEROLOGICA/...../.....

3) PRECEDENTI POSITIVITÀ SIEROLOGICHE IN ALLEVAMENTO (Ultimi 24 mesi)

NON NOTE

NO

SI

→ ANNO

n. capi controllati n. capi positivi

II. ANAMNESI AZIENDALE

4) SINTOMATOLOGIA RIFERIBILE AD ANEMIA INFETTIVA (PERIODO SUCCESSIVO ALL'ULTIMO CONTROLLO SIEROLOGICO NEGATIVO – IN CASO DI ASSENZA DI CONTROLLI, FARE RIFERIMENTO AGLI ULTIMI 24 MESI):

NO SI

4.1. **SE SI** SINTOMI RILEVATI NEGLI EQUIDI:

febbre

emorragie petecchiali

ittero

anemia

altro _____

edemi

affaticamento

sudorazione

dimagrimento rapido

4.2. **SE SI** indicare SPECIE E NUMERO DI EQUIDI SINTOMATICI:

CAVALLI N° _____

MULI N° _____

ASINI N° _____

BARDOTTI N° _____

4.3. **SE SI** PERIODO NEL QUALE SI SONO VERIFICATI I SINTOMI :

MESE..... ANNO

MESE..... ANNO

III. CENSIMENTO E CARATTERISTICHE DELL'AZIENDA

5) CENSIMENTO AZIENDALE

5.1. EQUIDI (INDICARE SPECIE E NUMERO DEGLI EQUIDI PRESENTI)

Specie-categoria	Presenti		Numero
Cavalli - riproduttori maschi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli - fattrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli – castroni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli – maschi non riproduttori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini - riproduttori maschi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini - fattrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini – castroni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini – maschi non riproduttori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Muli	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Bardotti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	

5.2. ALTRI ANIMALI PRESENTI IN AZIENDA (INDICARE SPECIE E NUMERO DEGLI ANIMALI PRESENTI)

Specie	Presenti		Numero
Bovini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Bufali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Suini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Ovini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Caprini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	

6) UBICAZIONE DELL'AZIENDA:

6.1. ZONA: Urbana rurale mista

6.2. Coordinate Geografiche: Lat N.....Long E.....

6.3 ALTIMETRIA: pianura collina (fino a 500 mt) montagna (>500mt)

7) TIPOLOGIA DEL TERRITORIO NEL RAGGIO DI 500 MT DALL'AZIENDA (barrare 1 sola casella):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> esclusivamente urbano | <input type="checkbox"/> agricolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> esclusivamente agricolo | <input type="checkbox"/> pascolo aperto |
| <input type="checkbox"/> in zone boschive | <input type="checkbox"/> pascolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | |

8) TIPOLOGIA DEL TERRITORIO DOVE GLI EQUIDI SVOLGONO L'ATTIVITÀ/LAVORO(barrare max 2 caselle):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> esclusivamente urbano | <input type="checkbox"/> agricolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> esclusivamente agricolo | <input type="checkbox"/> pascolo aperto |
| <input type="checkbox"/> in zone boschive | <input type="checkbox"/> pascolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | |

9) MANTENIMENTO DEGLI EQUIDI DURANTE IL GIORNO (barrare 1 sola casella)

All'esterno in box Box con accesso libero all'esterno

10) PRESENZA DI ALTRE AZIENDE CHE DETENGONO EQUIDI NEL RAGGIO DI 500 METRI

NO SI

10.1. SE **SI** INDICARE LE AZIENDE CON EQUIDI, PRESENTI NEL RAGGIO DI 500 MT

Cod. Azienda	Proprietario	Lat. N	Long E	TIPOLOGIA AZIENDA
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L

11) Utilizzo di PASCOLO: NO SI

11.1. SE **SI**: Interno all'allevamento Brado
 Vagante Altro _____

11.2. Se **SI**: il pascolo avviene in promiscuità, vicinanza, con equidi di altre aziende

sempre spesso talvolta mai

11.3. SE **SI** INDICARE LE LOCALITÀ ED IL PERIODO IN CUI IL PASCOLO È STATO UTILIZZATO NEI 12 MESI PRECEDENTI L' INSORGENZA DEL FOCOLAIO (non compilare in caso di pascolo interno all'allevamento):

Località	Comune	Prov.	dal	al

12) Equidi impiegati per LAVORO: NO SI 12.1. **SE SI** INDICARE IL TIPO DI LAVORO SVOLTO: Diporto Trasporto materiale Terapie assistenziali Altro _____12.2. **SE SI:** Interno dell'azienda Esterno all'azienda12.3. **Se SI:** il lavoro avviene in promiscuità, vicinanza, con equidi provenienti da altre aziendesempre spesso talvolta mai 12.4. **SE SI:** INDICARE LE LOCALITÀ ED IL PERIODO IN CUI GLI EQUIDI SONO STATI UTILIZZATI PER LAVORO NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INSORGENZA DEL FOCOLAIO:

Località	Comune	Prov.	dal	al

IV. MISURE DI BIOSICUREZZA AZIENDALI**13) ADOZIONE DI MISURE SANITARIE**13.1 Sono stati introdotti nuovi soggetti negli ultimi 5 anni? NO SI

(se NO saltare a punto 14)

13.2. Isolamento degli animali di nuova introduzione dal resto dell'effettivo, in locali separati (quarantena):

sempre spesso talvolta mai

13.3 Se si effettua quarantena, anche solo saltuariamente, indicare tempi medi di quarantena

numero giorni medi di quarantena = _____

13.4. Esecuzione del controllo sierologico per anemia infettiva degli animali di nuova introduzione;

sempre spesso talvolta mai **14) INTERVENTI SUGLI ANIMALI IN AZIENDA**

14.1. le terapie e le profilassi (vaccinazioni) vengono effettuate dal veterinario aziendale?

sempre spesso talvolta mai

16.4. INDICARE I LUOGHI/AZIENDE DI **MOVIMENTAZIONE TEMPORANEA** NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INSORGENZA DEL FOCOLAIO (ivi compresi eventuali ricoveri per trattamenti veterinari):

Località	Comune	Azienda	Adozione misure biosicurezza		
			SI	NO	NON SO

VI. MOVIMENTAZIONI DEGLI EQUIDI (*tutti i soggetti*)

17) negli ultimi 12 mesi sono stati introdotti **in via definitiva** nuovi equidi **da altre aziende**?

NO SI **Se SI** compilare tabella:

Specie	Numero capi	Comune	Provincia	Codice Azienda Provenienza

18) negli ultimi 12 mesi sono stati introdotti in via definitiva nuovi equidi da fiere/mercati ?

NO SI **Se SI** compilare tabella:

Specie	Numero capi	Comune	Provincia	Codice Azienda Provenienza

CRAIE – IZSLT

Via Appia Nuova 1411 – 00178 ROMA
 Tel. +39 06 79099405 – +39 06 79099462
 Fax: +39 06 79340724 - +39 06 79099462
 Email: centroreferenzaaie@izslt.it

SCHEDA SEGNALAMENTO ANIMALI PRESENTI NEL FOCOLAIO

N. progr.	Microchip/ n° passaporto	Specie	Razza	Sesso 1	Anno nascita	Data ultimo Test per AIE	Tipo prova 2	Esito 3	Data introduzione	Nazione di Provenienza *	Sintomi (SI/NO)	Data Ultimo test negativo

* indicare solo per i soggetti non sottoposti a controllo sierologico in Italia; ** periodo di riferimento successivo all'ultimo controllo sierologico

1: **M**=maschio **F**= femmina **C**=castrone

2: **E**=Elisa **A**=AGID

3: **P**=positivo **N**=negativo **D**=dubbio

Data (gg/mm/aa):

...../...../.....

Firma del detentore

.....

Firma del Veterinario

.....