

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA IN CASO DI FOCOLAIO DI LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA

Data di compilazione:

ANAGRAFE DELL'AZIENDA:

1. ASL:
2. PROVINCIA:
3. CODICE ALLEVAMENTO:
4. DENOMINAZIONE DELL' ALLEVAMENTO:
5. PROPRIETARIO:
6. INDIRIZZO (via, loc., frazione)

6.1 COMUNE

SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE RELAZIONE I SEGUENTI DOCUMENTI:

- MOD. 2-33 dell'ultimo controllo di profilassi negativo.
- MOD. 2-33 del controllo di profilassi relativo all'anno in corso (focolaio).
- MOD. 7 (certificato di origine e sanità per l'alpeggio e la transumanza degli animali art. 12 RPV nel caso in cui gli animali siano stati in monticazione).

GENERALITA' DELL' AZIENDA

7. TIPOLOGIA DELL' AZIENDA

- Latte
- Carne
- Misto

9. STRUTTURA DELL' AZIENDA

- Stabulazione fissa
- Stabulazione libera
- Mista
- Presenza di paddocks esterni
- Pascolo

11. TIPO DI FECONDAZIONE:

- Naturale
- Artificiale
- Mista

13. ALLATTAMENTO DEI VITELLI

- Naturale
- Artificiale

14. PROVENIENZA DEL NUCLEO ORIGINARIO DI ANIMALI

- Italia (indicare la provincia):
- Estero (indicare il Paese di origine):

8. RIMONTA

- Interna
- Esterna
- Mista

10. MONTICAZIONE

L'allevamento pratica l'alpeggio?

- Si
- No

data ultima monticazione:

data ultima demonticazione:

12. SOMMINISTRAZIONE COLOSTRO

- Naturale
- Artificiale
- Pool di colostro

15. BOVINI PRESENTI IN AZIENDA AL MOMENTO DELLA CONFERMA DEL FOCOLAIO:

categoria	n° totale capi	n° totale capi sottoposti a prova sierologica	totale positivi
TORI			
VACCHE			
MANZE			
VITELLONI			
VITELLI			
TOTALE			

16. BUFALI PRESENTI IN AZIENDA AL MOMENTO:

categoria	n° totale capi	n° totale capi sottoposti a prova sierologica	totale positivi
Maschi adulti			
Femmine adulte			
Annutoli			
TOTALE			

17. AZIENDE APPARTENENTI ALLO STESSO PROPRIETARIO

(si prega di fotocopiare la pagina e compilarla per ogni azienda bovina, bufalina ed ovina appartenenti allo stesso proprietario)

PROPRIETARIO: ASL: PROVINCIA: CODICE ALLEVAMENTO: DENOMINAZIONE DELL' ALLEVAMENTO: INDIRIZZO (via, loc., frazione, comune): SPECIE ALLEVATE: TIPOLOGIA DELL' AZIENDA (latte / carne / mista): N° CAPI PRESENTI:

18. AZIENDE CON CAPI ALLEVATI IN PASCOLI COMUNI CON I CAPI DEL FOCOLAIO:

(si prega di fotocopiare la pagina e compilarla per ogni azienda bovina, bufalina ed ovina appartenenti allo stesso proprietario)

PROPRIETARIO: ASL: PROVINCIA: CODICE ALLEVAMENTO: DENOMINAZIONE DELL' ALLEVAMENTO: INDIRIZZO (via, loc., frazione, comune): SPECIE ALLEVATE: TIPOLOGIA DELL' AZIENDA (latte / carne / mista): N° CAPI PRESENTI:

ANAMNESI DELL' AZIENDA**19. L' AZIENDA ERA INDENNE DA LEB?**

- Si
- No
- DAL

21. IL FOCOLAIO E' STATO INDIVIDUATO

- Prova sierologica
- Sospetto al macello
- Sospetto clinico

22. DATA DELL' ULTIMO CONTROLLO SIEROLOGICO CON ESITO NEGATIVO:

MOVIMENTO DEGLI ANIMALI

23. INTRODUZIONE DI ANIMALI IN AZIENDA DALL' ULTIMO CONTROLLO NEGATIVO

Matricola	Razza	Sesso	Anno nascita	data introduz.	Provenienza*

*mettere la provincia se l'animale proviene da una provincia diversa da quella dove è situato l'allevamento, mettere il Paese di provenienza se l'animale proviene dall'estero.

24. USCITE DALL' ULTIMO CONTROLLO NEGATIVO

Matricola	Razza	Sesso	Anno nascita	Data uscita	Destinazione*

*mettere la provincia se l'animale è stato spostato in una provincia diversa da quella dove è situato l'allevamento, mettere il Paese di destinazione se l'animale è stato inviato all'estero.

25. ABBATTIMENTO DEI CAPI POSITIVI ENTRO 30 GIORNI DALLA DICHIARAZIONE DEL FOCOLAIO:

Matricola	Data nascita	Data abbattimento

Nome e Cognome in stampatello del Veterinario compilatore:

Firma

OSSERVAZIONI