

Data invio:

Scheda di raccolta dati anamnestici e di campionamento

GATTO

Matricola/ID:

Dati Richiedente	Dati Proprietario/Responsabile
Ambulatorio Vet	Nome e Cognome
Indirizzo	Indirizzo
CAP..... ComuneProvincia	CAP..... Comune Provincia
TelefonoFax	TelefonoFax
Email	Email
C.F./P.IVA:	C.F./P.IVA:

Dati Gatto
Domicilio del gatto/ubicazione e denominazione della colonia felina:.....
In area: rurale <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> specificare.....
Razza:.....
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Età del gattoanni probabile <input type="checkbox"/> certa <input type="checkbox"/>

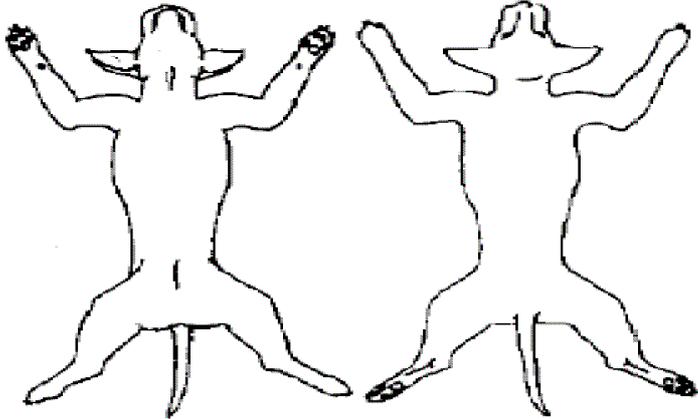
Gatto	<input type="checkbox"/> di proprietà	Accesso all'esterno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Vive con altri gatti: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> di colonia/gattile	
Gatto che vive con altri animali: Roditori <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare.....		
Animali esotici <input type="checkbox"/> Cani <input type="checkbox"/>		
Gatto che potrebbe aver avuto contatti con topi e/o ratti: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> specificare.....		
Gatto che 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"/>	Raschiato <input type="checkbox"/>	Refrigerato / congelato <input type="checkbox"/>
Sangue/siero <input type="checkbox"/>	Tampone <input type="checkbox"/>	Formalina <input type="checkbox"/>
Ago aspirato <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"/> Collo <input type="checkbox"/> Orecchio <input type="checkbox"/> Muso <input type="checkbox"/> Palpebre <input type="checkbox"/> Labbra <input type="checkbox"/> Cavità orale <input type="checkbox"/> Lingua <input type="checkbox"/> Arto anteriore <input type="checkbox"/> Arto posteriore <input type="checkbox"/> Mammella <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Altro
--	--

Terapia <input type="checkbox"/> SI quale..... <input type="checkbox"/> NO

Data Prelievo.....

Firma.....