

<u>Spazio riservato al laboratorio</u>	
Numero Registro	_____
Data Accettazione	_____

**INVIO CAMPIONI NON CHIROTTERI PER LA DIAGNOSI DI LYSSAVIRUS**

REGIONE _____	PROVINCIA _____	Azienda Sanitaria _____	N. _____
<b><u>PRELEVATORE</u></b>		<input type="checkbox"/> Servizio veterinario ASL <input type="checkbox"/> Polizia provinciale <input type="checkbox"/> Personale di vigilanza della Provincia di _____ <input type="checkbox"/> Socio della riserva di caccia di _____ <input type="checkbox"/> Personale della staz. forestale _____ <input type="checkbox"/> Cacciatore <input type="checkbox"/> Altro _____	
Sig. _____			
Tel. _____			

<b><u>Motivo del prelievo</u></b>		
<input type="checkbox"/> Sorveglianza selvatici	<input type="checkbox"/> Piano controllo vaccinazione orale	<input type="checkbox"/> Animale morsicatore
<input type="checkbox"/> Animale con sintomatologia sospetta	<input type="checkbox"/> Animale sospetto che ha avuto contatto diretto (con persona/animale)	<input type="checkbox"/> Sorveglianza domestici

**ANIMALE PRELEVATO (compilare una scheda per ogni animale)**

<b><u>Animale domestico</u></b>	<input type="checkbox"/> Cane	<input type="checkbox"/> Gatto	<input type="checkbox"/> Altro _____
Animale di proprietà	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> colonia felina <input type="checkbox"/> non noto
Dati relativi al proprietario dell'animale:			
Nome e Cognome _____	Indirizzo: _____ n. _____		
Comune _____	Prov _____	Tel _____	

<b><u>Animale selvatico</u></b>	<input type="checkbox"/> Volpe	<input type="checkbox"/> Tasso	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Sesso <input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	Età <input type="checkbox"/> Giovane ( <i>nato nell'anno</i> )	<input type="checkbox"/> Adulto

<b><u>Luogo del ritrovamento:</u></b>	<b><u>Tipo di ritrovamento:</u></b>
Località _____	<input type="checkbox"/> Trovato morto <input type="checkbox"/> Animale investito
Indirizzo _____ n. _____ Comune _____	<input type="checkbox"/> Animale abbattuto <input type="checkbox"/> Altro _____

<b><u>Presenza di sintomi</u></b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Modifiche del comportamento	<input type="checkbox"/> Difficoltà di deambulazione	<input type="checkbox"/> Aggressività
<input type="checkbox"/> Paralisi	<input type="checkbox"/> Altro _____	

<b><u>Presenza di lesioni</u></b>	Tipo _____
-----------------------------------	------------

<b><u>L'animale:</u></b>	<input type="checkbox"/> ha morsicato	<input type="checkbox"/> è venuto a contatto con
<input type="checkbox"/> Persona	Sig. _____	tel. _____
<input type="checkbox"/> Animale	Specie: _____	

Eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

Data abbattimento/ritrovamento \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

