

Allegato n.1

**SCHEDA INVIO CAMPIONI POSITIVI DA CONFERMARE
PER DIAGNOSI ANEMIA INFETTIVA EQUINA**

- Istituto Zooprofilattico Sperimentale che ha eseguito le analisi:.....
- Data prelievo (gg/mm/aa):...../...../.....
- Data accettazione (gg/mm/aa):...../...../.....
- Motivo prelievo:
 - equide sintomatico controllo estensione controlli in azienda (Compilare Allegato 2 e 3)
- Esami effettuati : AGID Test ELISA altro.....

Ente Prelevatore <ul style="list-style-type: none">• ASL.....Indirizzo.....Tel.....Fax.....Veterinario Prelevatore.....• Libero professionista.....Indirizzo.....Tel.....Fax.....• Altro.....

Proprietario <p>Tipo di azienda: <input type="checkbox"/> scuderia <input type="checkbox"/> stalla di sosta <input type="checkbox"/> circolo ippico <input type="checkbox"/> altro.....</p> <p>Ragione sociale..... Proprietario..... Indirizzo..... Comune.....Provincia.....</p>

- **Destinazione degli equidi:**
 commercio diporto fattrici stalloni carne manifestazione sportiva altro.....

- **Dati equidi infetti:**

Nome	Razza	Sesso ¹	Mantello	Dati segnaletici	Data di nascita	Sintomi ²	Data introduzione equidi infetti in azienda ³	Nazione estera di provenienza

¹ M=maschio F= femmina

² P = presenti A = assenti

³ Indicare ragione sociale e sede azienda di origine

Data (gg/mm/aa)

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

Firma del responsabile

.....

Parte riservata al CRAIE:

Data accettazioneore.....

Firma.....

**SCHEDA ANAMNOSTICA FOCOLAIO
ANEMIA INFETTIVA EQUINA**

- **Data di segnalazione focolaio (gg/mm/aa):**...../...../.....
- **Provvedimenti successivamente adottati:** abbattimento isolamento denuncia

Zone di pascolo dall'ultimo controllo per Anemia Infettiva Equina	Periodo	ASL competente

<p>Ente Prelevatore:</p> <p>ASL..... indirizzo.....</p> <p>Veterinario responsabile:..... Tel.....Fax..... E-mail.....</p> <p>Libero professionista..... Tel.....Fax..... E-mail..... Altro.....</p>	<p>Proprietario</p> <p>Tipo di azienda:</p> <p><input type="checkbox"/> scuderia <input type="checkbox"/> stalla di sosta <input type="checkbox"/> circolo ippico <input type="checkbox"/> altro.....</p> <p>Ragione sociale..... Proprietario..... Indirizzo..... Comune.....Provincia.....</p>
---	---

- **Allevamento:**
- Tipo di allevamento
 chiuso semi brado brado altro.....
- Numero di animali in azienda:

Equidi presenti in azienda	Numero
Cavalli adulti	
Cavalli di età <6 mesi	
Asini	
Muli	

- Destinazione degli equidi: commercio diporto fattrici stalloni carne
 manifestazione sportiva altro.....
- Breve storia clinica dell'allevamento focolaio:.....
.....

Data (gg/mm/aa):/...../..... Firma del Responsabile
...../...../.....

<p>Parte riservata al CRAIE:</p> <p>Data accettazioneore.....</p> <p>Firma.....</p>
--

SEGNALAMENTO ANIMALI PRESENTI NEL FOCOLAIO

Nome	Razza	Sesso	Mantello	Anno di nascita	Segni particolari	Data ultimo Test di Coggins	Esito	Data introduzione in azienda	Azienda di provenienza*	Presenza altre malattie

* = Indicare denominazione, Comune e Provincia.

Data (gg/mm/aa):

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

Firma del Responsabile:

.....

Parte riservata al CRAIE:

Data accettazioneore.....

Firma.....

**SCHEDA MODALITA'
DI PRELIEVO MATERIALE BIOLOGICO DA EQUIDI
PRESENTI NEL FOCOLAIO DI ANEMIA INFETTIVA EQUINA**

Data Prelievo.....	ASL..... Indirizzo..... Tel.....Fax..... Veterinario Prelevatore.....	PROPRIETARIO..... AZIENDA..... Indirizzo..... Comune.....Provincia.....
--------------------	--	--

• **Materiale biologico prelevato¹:**

- PLASMA² (Anticoagulante utilizzato:.....)**
 SIERO
 POLMONI
 FEGATO
 LINFONODI MESENERICI
 LINFONODI POLMONARI
 MILZA

Nome equide o identificativo	MATERIALE PRELEVATO						
	Plasma (ml)	Siero (ml)	Polmone	Milza	Fegato	Linfonodi mesenterici	Linfonodi Polmonari

¹Il materiale biologico deve essere preferibilmente conservato alla temperatura di – 80 °C ed inviato al Centro di Referenza in ghiaccio secco; in caso contrario specificare nelle note in fondo le diverse condizioni di t di conservazione e trasporto.

²Per il prelievo si raccomanda l'utilizzo di EDTA come anticoagulante altrimenti si prega di specificare nello spazio relativo il tipo di anticoagulante utilizzato.

NOTE:.....

Data..... Firma del Responsabile.....

<p>Parte riservata al CRAIE:</p> <p>Data accettazioneore.....</p> <p>Firma.....</p>
--