#### Centro di Referenza Nazionale Influenza aviaria Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria - Regione Veneto

# Scheda di Indagine Epidemiologica

## Influenza Aviaria

2007

DA SPEDIRE AL CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE

Fax: 049 8830268

Mail: crev.mdallapozza@izsvenezie.it

### INFLUENZA AVIARIA SCHEDA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Data compilazione/						
Dr		Reca	pito telefonico			
Sospetto N°/ Conferm	ıa N°	(a carico IZ	ZS/Osservatorio e	epidem	iiolog	ico)
Denominazione allevamento						
Via		N Con	nune			
Prov ASL N°	Codice allev	ramento 🔲 🗆				
Conduttore/Allevatore			N° telefono			
Proprietario animali (Soccidante)	1					
Indirizzo del proprietario			N°	telefon		
Fornisce le informazioni il Sig		in qu	alità di		•••••	
Veterinario aziendale Dr			Presente	NO		SI 🗆
Tecnico aziendale Sig			Presente	NO		SI 🗆
Incubatoio di provenienza:						
Incubatoio aziendale	NO □	SI □				
Ditta		Via			N.	
Comune	Prov.	Codice				

#### **DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO**

#### (barrare le caselle corrispondenti)

	☐ Industriale							
	□ Rurale							
TIPOLOGIA	☐ Centro di svezzamento(*)							
AZIENDA	☐ Rivenditore							
	(*) allevamenti che alle agli allevamenti rurali ir	vano pulcini e pulcinotti per la vendita ambito locale.	a commercianti, rivendite e					
	Linea uova da consumo □  (sono ricompresi gli allevamenti della specie Gallus gallus, di galline ovaiole leggere - fase							
	pollastra e fase deposizione - e gli allevamenti da riproduzione finalizzati alla produzione di pulcini destinati alla carriera di ovaiole leggere)							
	<u>Tipologia:</u>							
	Allevamento di:	Selezione (riproduttori grandparent) <sup>1</sup>						
		Moltiplicazione (riproduttori parent) <sup>2</sup>						
		Pollastre / Allievi <sup>3</sup>						
Indirizzo		Pollame da carne (es.broiler, tacchini)	4 □					
PRODUTTIVO		Ovaiole da consumo <sup>5</sup> $\square \rightarrow$	☐ Ciclo continuo ☐ Tutto pieno/tutto vuoto					
	Linea volatili da carne 🗆							
	(allevamenti di broiler e svezzatori di pollame da ingrasso, quelli da riproduzione e di pollastre finalizzati alla produzione di pulcini da carne)							
	<u>Tipologia:</u>							
	Allevamento di:	Selezione (riproduttori grandparent) <sup>1</sup>						
		Moltiplicazione (riproduttori parent) <sup>2</sup>						
		Pollastre / Allievi <sup>3</sup>						
		Pollame da carne (es.broiler, tacchini)	4 □					

#### Note per la compilazione

- 1: un allevamento la cui attività consiste nella produzione di uova da cova destinate alla produzione di pollame riproduttore.
- 2: un allevamento la cui attività consiste nella produzione di uova da cova destinate alla produzione di pollame da reddito.
- 3: un allevamento la cui attività consiste nel garantire la crescita del pollame fino allo stadio di produzione delle uova
- 4: un allevamento in cui viene allevato pollame per la esclusiva produzione di carne.
- 5: un allevamento in cui viene allevato pollame per la produzione di uova da consumo.

#### SPECIE PRESENTI E CONSISTENZA DELL'ALLEVAMENTO AL MOMENTO DEL SEQUESTRO

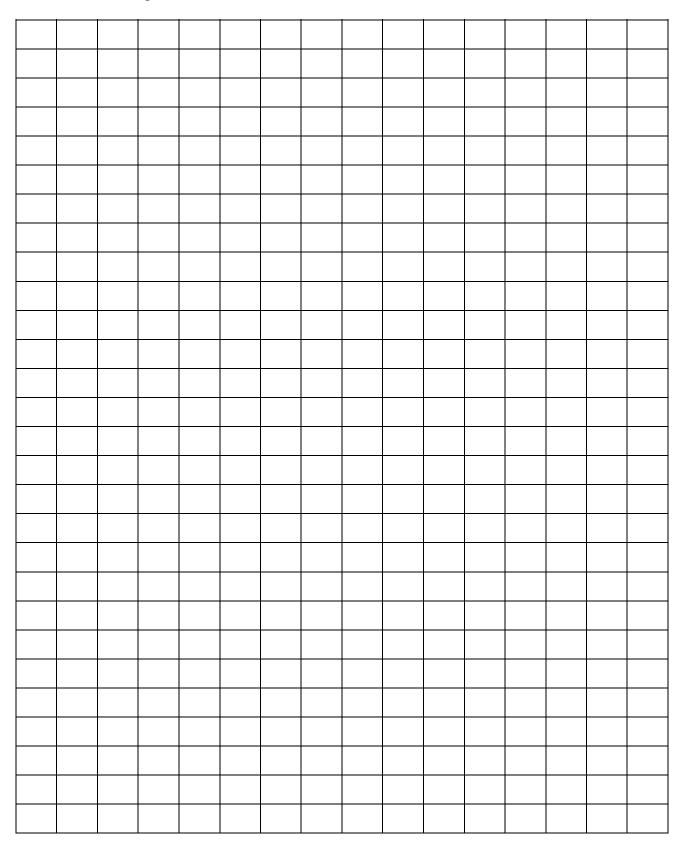
Tali informazioni devono essere raccolte in modo preciso e riferite al momento del seguestro da parte del veterinario ASL. Esse faranno fede per la pratica di indennizzo

Tipologia produttiva	Data accasamento	N. volatili				Peso medio al momento del sequestro		Numero (stima) ammalati al N. volatili morti		
		N. Femmine	N. maschi	N. Femmine	N. Maschi	N. Femmine	N. Maschi		Morti per influenza	Morti per altre cause
Broiler										
Polli riproduttori										
Galline ovaiole da consumo										
Tacchini da carne										
Tacchini riprod.										
Faraone carne										
Faraone riprod.										
Anatre carne										
Anatre riprod.										
Piccioni										
Fagiani										
Oche										
Quaglie										
Pernici										

NB: tali dati devono riferirsi esclusivamente a quanto rilevato al momento del sopralluogo per il sequestro dell'azienda, con specifico riferimento ai dati di morbilità e mortalità relativi alla patologia in atto

Operazioni di debeccaggio:		): I	Oata/	/	
PERSONALE CHE	E L'HA EFI	FETTUATO:			
□ Familiari	□ Dipen	denti dell'azi	enda 🗆	Personale esterno	□Altro
Note					
Capannoni	NO [		OLOGIA	RICOVERI	
Capamiom	SI E		)		
Tunnel	NO E	_	•••••		
Tumer	SI E		)		
Tipo ventilazione:					
<b>r</b>					
			_		
Allevamento all'a	perto (fr	ee range)	NO E	I SI □	mq
Presenza reti anti	- passero:		NO E	I SI □	
	Doggihil	ità di contatt	o tro onim	ali dell'allevament	eo o nocelli:
	POSSIDII	nia di contati	o ua amm	an den anevament	o e uccem.
Selvatici/ Sinantro	opici	NO □	SI 🗆	☐ Anatidi	
				☐ Altre spec	ie acquatiche
g		NO 🗖	CI 🗖		
Specie in cattività	l	NO 🗆	SI 🗆	-	
				••••••	
	<u>Pres</u>	enza nelle ar	ee in pross	simità dell'allevam	ento di:
stagni	NO □	SI 🗆	Distanz	a in metri dall'alle	vamento
laghetti	NO □	SI □	Distanz	a in metri dall'alle	vamento
altre fonti d'acqua (specificare)	NO □	SI 🗆	Distanz	a in metri dall'alle	vamento
Presenza di suini	NO □	SI 🗆	N°		
Altre specie	NO □	SI □	(specific	care)	

**Disegnare** schematicamente **una mappa** relativa alla disposizione dei vari **locali di allevamento**, segnando al loro interno la distribuzione dei diversi gruppi di animali. Nel disegno vanno inoltre riportati il/**gli ingressi** dell'allevamento, la localizzazione dei **silos,** i **punti di disinfezione** e la zona di carico. Disegnare **vie comunicazione** confinanti



#### MOVIMENTO DI VOLATILI

<u>Introduzione</u> di volatili da altri <u>allevamen</u>	<u>iti/incubatoi</u> NO □ SI □									
	Vei 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica in azienda)									
Data/ N° Specie										
Denom. Azienda	Codice Color									
Via	N									
Comune	Prov ASL									
Targa automezzo										
	Allevamento   Incubatoio									
Denom. Azienda	Codice Co									
Via	N									
Comune	Prov ASL									
Targa automezzo										
Data/ N° Specie										
Denom. Azienda	Codice Codice									
Via	N									
Comune	Prov ASL									
Targa automezzo	··············									
Data/ N° Specie										
Nome	Codice									
Via	N									
Comune	Prov ASL									
Targa automezzo										
Data/ N° Specie	Allevamento   Incubatoio									
Denom. Azienda	Codice Codice									
Via	N									
Comune	Prov ASL									
Targa automezzo										

<u>Introduzione</u> di	volatili da <u>f</u> i	NO □	SI □		
			ella sintomatologia cl		
			Specie		
			Mercato □	Prov	
Data/	N°	}	Specie		
			Mercato	Prov	
Data/	N°		Specie		
			Mercato □	Prov	ASL
			Specie		
			Mercato □	Prov	ASL
			Specie		
			Mercato □	Prov	
			Specie		
			Mercato □	Prov	sizione   ASL
			Specie		
			Mercato □	Prov	
			Specie		
Provenienza: Comune		Fiera □	Mercato □	Espos	sizione 🗆

<u>Uscita</u> di volatili/uova verso altri <u>allevamenti, inc</u>	eubatoi, macelli NO □ SI □
(nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la d	lata di inizio della sintomatologia clinica e la
data del sequestro dell'azienda)	
Data/ N° Specie	
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello □ Altro
Denom. Azienda.	Codice
Via	N
Comune	
Data/ N° Specie	
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello   Altro
Denom. Azienda	Codice
Via	N
Comune	
Data/ N° Specie	
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello □ Altro
Denom. Azienda	Codice
Via	N
Comune	
Data/ N° Specie	
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello   Altro
Denom. Azienda	Codice
Via	N
Comune	Prov ASL
Data/ N° Specie	
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello □ Altro
Denom. Azienda	Codice
Via	N
Comune	Prov ASL

Uscita di volatili per par	zioni NO 🗆	SI 🗆		
data del sequestro dell'az	rienda)		zio della sintomatologia clinic	
Comune		І	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Comune		I	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Comune		I	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Comune		І	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Comune		I	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Data/ N°		Specie		
Comune		I	Prov	
Destinazione :		Mercato □	Esposizione 🗆	
Data/ N°		Specie		
Comune		I	Prov	
Destinazione :	Fiera □	Mercato □	Esposizione $\square$	

#### MOVIMENTO DI MAMMIFERI

<u>Introduzione</u> di mammiferi da altr	i <u>allevamenti/fiere mercati esposizioni</u> NO □ SI □
	nizio della sintomatologia clinica in azienda)
	Allevamento □ Fiere □, mercati□,
Denom. Azienda	Codice Color
Via	N
Comune	Prov ASL
Targa automezzo	······································
Data/ N° Specie esposizioni □	
Denom. Azienda	Codice Color
Via	N
Comune	Prov ASL
Targa automezzo	
Denom. Azienda	Codice
Via	N
Comune	Prov ASL
Targa automezzo	
Data/ N° Specie esposizioni □	
Denom. Azienda	Codice Codice
Via	N
Comune	Prov ASL
Targa automezzo	

<u>Uscita</u> di mammiferi domestici verso altri <u>alleva</u>	<u>menti</u> , macelli	NO □	SI □
(Nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la la data del sequestro dell'azienda)			
Data/ N° Specie .			
Destinazione: Altri allevamenti 🗆 Incubatoi 🗅	Macello □ Altr	o	
Denom. Azienda	Codice		
Via		N.	
Comune			
Data/ N°			
Denom. Azienda	Codice		
Via		N.	
Comune	Pro	v ASI	<i>-</i>
Data/ N°			
Destinazione: Altri allevamenti □ Incubatoi □	Macello □ Altr	o	
Denom. Azienda.	Codice		
Via		N.	
Comune			
Data/ N° Specie .			
Destinazione: Altri allevamenti 🗆 Incubatoi 🗅	Macello □ Altr	o	
Denom. Azienda	Codice		
Via		N.	
Comune	Pro	v ASI	<i></i>

Possibile <u>introdu</u>	MOVIMENTO DI PERS zione o diffusione dell'in la data di inizio della sinto	nfezione per via		
	egistro degli ingressi e dell			
Data/	Cognome e No Cognome e No rinario □Tecnico mangim	ome		
□ Com	merciante  Altre persone	e (specificare)		
Residenza:	Via			N
Comune		. Prov	N	° telefono
Allevamento prec	edentemente visitato:			
Data//				
Qualifica: □Vete	rinario   Tecnico mangima	ista □Vaccinato	ore 🗆 Debecc	catore □Altro allevatore
□ Com	merciante   Altre persone	e (specificare)		
Residenza:	Via			N
Comune		. Prov	N	° telefono
Allevamento prec	edentemente visitato:			
Data//				
Qualifica: □Veter	rinario   Tecnico mangim	ista □Vaccinato	ore 🗆 Debecc	catore □Altro allevatore
☐ Com	merciante   Altre persone	e (specificare)		
Residenza:	Via			N
Comune		. Prov	N	° telefono
Allevamento prec	edentemente visitato:			
Data/	Cognome e No	ome		
Qualifica:   Vete	erinario 🗆 Tecnico mangin	nista 🗆 Vaccina	atore 🗆 Debe	ccatore □Altro allevatore
□ Com	nmerciante   Altre person	e (specificare).		
Residenza:	Via			N
Comune		. Prov	N	° telefono
Allevamento prec	edentemente visitato:			
				Data/

MOVIMENTO DI AUTOMEZZI(A) trasporto animali, (B) trasporto mangime, (C) trasporto uova, (D) raccolta animali morti, (E) gas, (F) pollina Altro (specificare) (Periodo fra i 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data del sequestro dell'azienda) NB: acquisire il registro degli ingressi e delle uscite dall'azienda

Data ingresso	Mezzo trasporto (A/B/C/D/E /F/ altro)	Denominazione Soccidante per cui si esegue il trasporto	Recapito telefonico/Fax	N. Targa motrice	N Targa rimorchio	Ditta Trasportatore terzista	Autista (nome)	Recapito telefonico autista	N° bolla

NB: acquisire il registro degli ingressi e delle uscite dall'azienda

#### ALLEGATO 8 - PAG. 14

Data ingresso	Mezzo trasporto (A/B/C/D/E /F/ altro)	Denominazione Soccidante per cui si esegue il trasporto	Recapito telefonico/Fax	N. Targa motrice	N Targa rimorchio	Ditta Trasportatore terzista	Autista (nome)	Recapito telefonico autista	N° bolla

(mezzi di trasporto in comune con altre azie	EVAMENTI AVICOLI NO ☐ SI ☐ nde; scambi di alimenti; attrezzature in comune;
personale in comune; raccolta/riciclo pollina ecc	c.). Considerare il periodo fra i 21 giorni precedenti
la data di inizio della sintomatologia clinica e la <b>NB: acquisire il registro degli ingressi e delle</b>	•
Denom. Azienda	
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (speci	limenti; □ attrezzature in comune; □ personale in ificare)
Data contatto/	
Denom. Azienda	
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (speci	limenti;   attrezzature in comune;   personale in ificare)
Data contatto/	
Denom. Azienda	
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (speci	limenti; □ attrezzature in comune; □ personale in ificare)
Data contatto//	
Denom. Azienda	
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
	limenti; □ attrezzature in comune; □ personale in ificare)

Data contatto/	
Denom. Azienda	Codice
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (s	di alimenti; □ attrezzature in comune; □ personale in specificare)
Data contatto/	
Denom. Azienda	Codice N
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (s	di alimenti; □ attrezzature in comune; □ personale in specificare)
Data contatto/	
Denom. Azienda	Codice N.
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
comune □ raccolta/riciclo pollina □ altro (s	di alimenti; □ attrezzature in comune; □ personale in specificare)
Data contatto/	·
Denom. Azienda	Codice N.
Comune	Prov ASL
Specie allevata	consistenza
	di alimenti; □ attrezzature in comune; □ personale in specificare)

		TESSO ALLEVATORE NO □ SI □
Via	N Comune	Prov
		In attività produttiva   NO  SI
Denom. Azienda		Codice
Via	N Comune	Prov
_		In attività produttiva 🗆 NO 🗆 SI
Denom. Azienda		Codice
Via	N Comune	Prov
_		In attività produttiva 🗆 NO 🗆 SI
Denom. Azienda		Codice
Via	N Comune	Prov.
		In attività produttiva 🗆 NO 🗆 SI
Denom. Azienda		Codice
Via	N Comune	Prov
_		In attività produttiva 🗆 NO 🗆 SI
Denom. Azienda		Codice
Via	N Comune	Prov
Specie allevata	Consistenza	In attività produttiva 🗆 NO 🛚 SI

		SIMITÀ DEL FOCOLAIO NO□ SI□
Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO		
Denom. Azienda		
		Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO		
Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO		
Denom. Azienda		
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO		
Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
In attività produttiva □ NO	□ SI	Distanza (in metri)

Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □		
Denom. Azienda		Codice Color
		Comune
		Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □	SI	
Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □	SI	
Denom. Azienda		Codice
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □		
Denom. Azienda		Codice
		Comune
		Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □	SI	
Denom. Azienda		
Via	N	Comune
Specie allevata	Consistenza	Distanza (in metri)
In attività produttiva □ NO □	SI	

#### ANAMNESI PATOLOGICA

#### MORTALITÀ AZIENDALE NELLE ULTIME SETTIMANE

**NB:** indicare i dati di mortalità riferiti alle 6 settimane precedenti l'inizio dei sintomi clinici

SETTIMANA		N. MORTI
DAL	AL	
parametri legati alla qualità del p	o di polli tacchini e faraone la mo pulcino, tra l'1,5 e il 6% settimana ettimana di vita in poi si può cons liero.	le, senza che questo sia indicator
NB: acquisire la tabella di 1	mortalità aziendale debitamente	compilata fino alla data del
sequestro dell'azienda , firr	nata dall'allevatore e controfirn	nata dal veterinario ufficiale
Note:		
Data inizio sintomatologia clini	ica riferibile a influenza aviaria	/
Sintomi osservati dal proprietario	)	

#### INTERVENTI VACCINALI

Data vaccinazione Tipo vaccinazione (1) Nome commerciale Via di somministrazione  (1) indicare se spento o vivo attenuato	Effettuazione	e di piani vacci	nali in azienda	NO	□ SI □	
(1) indicare se spento o vivo attenuato	Tino vaccinazione (1)			Non	ne commerciale	
(1) indicare se spento o vivo attenuato						
(1) indicare se spento o vivo attenuato						
(1) indicare se spento o vivo attenuato						
(1) indicare se spento o vivo attenuato						
	(1) indicare	se spento o viv	vo attenuato			1
PERSONALE CHE HA EFFETTUATO GLI INTERVENTI:  □ Familiari □ Dipendenti dell'azienda □ Personale esterno □ Altro	□ Familiari	$\Box$ D			Personale esterno	□ Altro
Note						
INTERVENTI TERAPEUTICI	11000				PEUTICI	
Effettuazione di interventi terapeutici negli ultimi 15 giorni: NO 🗖 SI 🗖						
Data inizio terapia Data fine terapia Tipo Farmaco Nome commerciale Via di somministrazion			Tipo Farmac	o Noi	ne commerciale	Via di somministrazione
PERSONALE CHE HA EFFETTUATO GLI INTERVENTI:  □ Familiari □ Dipendenti dell'azienda □ Personale esterno □Altro					Personale esterno	□Altro
Note	Note					
ESAME CLINICO				ME CLINI	CO	
Depressione sensoriale	_					
Sintomatologia respiratoria: <i>lieve</i>	Sintomatolog	- <del>-</del>				
grave $\square$	0.1		0			
Calo o arresto della ovodeposizione		-				
Edema, cianosi, emorragie della cute		_				
Sintomatologia enterica	_		_			
Sintomatologia nervosa  Altro	_					

#### **ESAME ANATOMO-PATOLOGICO**

Corizza e/o sinu	site catarrale			
Tracheite:	catarrale			
	emorragica			
Aerosacculite				
Regressione ova	io/ovidutto			
Emorragie:	epicardiche			
	endocardiche			
	mucosa gastrica			
	follicoli ovarici			
Enterite:	catarrale			
	emorragica			
Altro		 		
OSSERVAZIO	NI	 		
			FIRMA	

#### **ACQUISIRE:**

- Tabella di mortalità aziendale, compilata e firmata dall'allevatore e dal veterinario
- Tabella produzione delle uova
- Tabella consumi alimenti
- Informazioni sugli incrementi ponderali
- Informazioni sul consumo di acqua
- Registro movimenti in ingresso ed in uscita dall'azienda