

**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](mailto:crev.mdallapozza@izsvenezie.it)**



**DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO****(barrare le caselle corrispondenti)**

<b>TIPOLOGIA AZIENDA</b>	<input type="checkbox"/> Industriale <input type="checkbox"/> Rurale <input type="checkbox"/> Centro di svezzamento(*) <input type="checkbox"/> Rivenditore  (*) allevamenti che allevano pulcini e pulcinotti per la vendita a commercianti, rivendite e agli allevamenti rurali in ambito locale.
<b>INDIRIZZO PRODUTTIVO</b>	<p><b>Linea uova da consumo</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(sono ricompresi gli allevamenti della specie <i>Gallus gallus</i>, 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)</p> <p><u>Tipologia:</u></p> <p>Allevamento di: Selezione (<i>riproduttori grandparent</i>)<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Moltiplicazione (<i>riproduttori parent</i>)<sup>2</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Pollastre / Allievi<sup>3</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Pollame da carne (es. <i>broiler, tacchini</i>)<sup>4</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Ovaiole da consumo<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> <i>Ciclo continuo</i>  <input type="checkbox"/> <i>Tutto pieno/tutto vuoto</i></p> <hr/> <p><b>Linea volatili da carne</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(allevamenti di broiler e svezzatori di pollame da ingrasso, quelli da riproduzione e di pollastre finalizzati alla produzione di pulcini da carne)</p> <p><u>Tipologia:</u></p> <p>Allevamento di: Selezione (<i>riproduttori grandparent</i>)<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Moltiplicazione (<i>riproduttori parent</i>)<sup>2</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Pollastre / Allievi<sup>3</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>Pollame da carne (es. <i>broiler, tacchini</i>)<sup>4</sup> <input type="checkbox"/></p>

**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

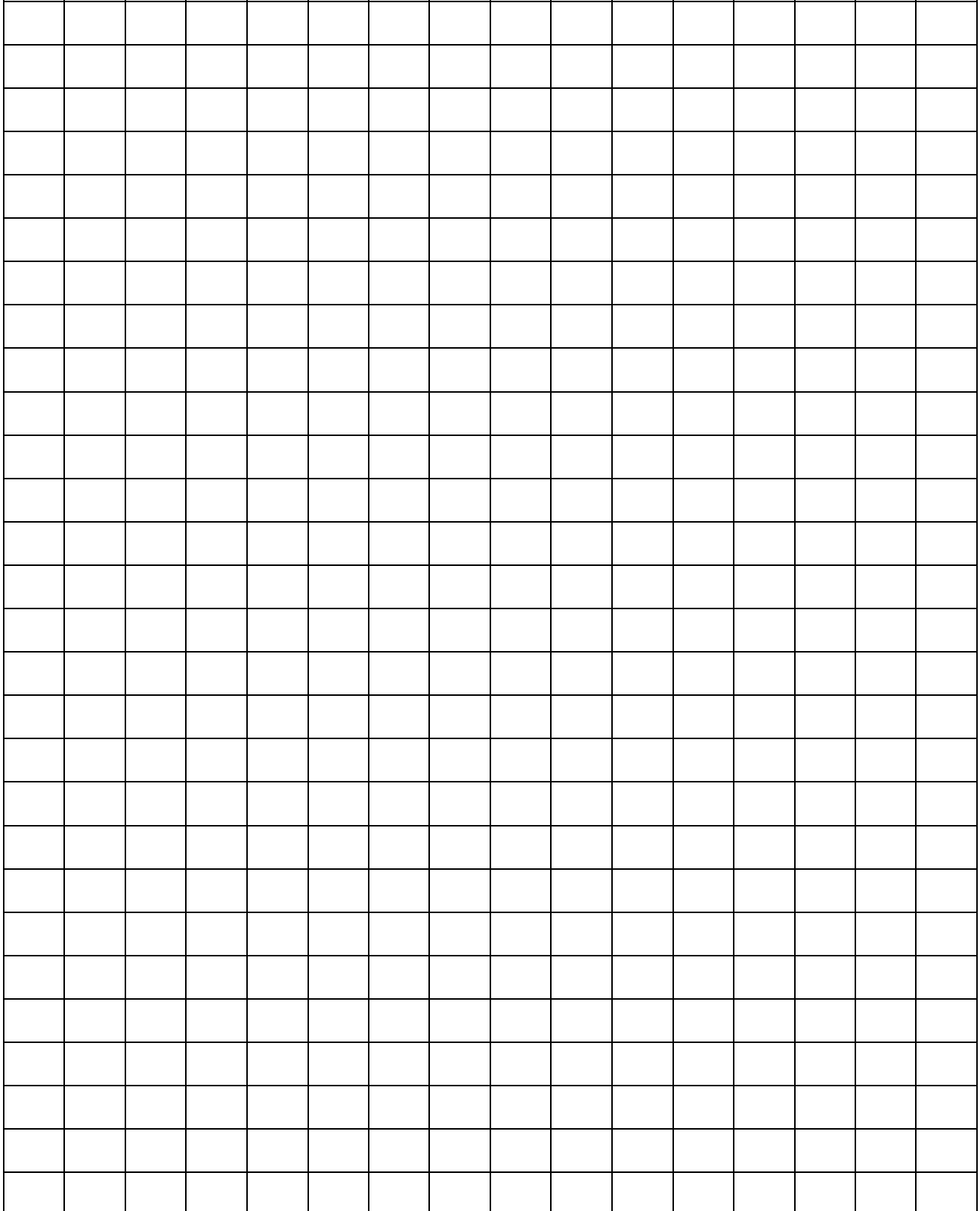
Tali informazioni devono essere raccolte in modo preciso e riferite al momento del sequestro da parte del veterinario ASL. Esse faranno fede per la pratica di indennizzo

Tipologia produttiva	Data accasamento	N. volatili accasati		N. volatili vivi al momento del sequestro		Peso medio al momento del sequestro		Numero (stima) ammalati al momento del sequestro	N. volatili morti al momento del sequestro	
		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



**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

**Introduzione di volatili da altri allevamenti/incubatoi** NO  SI

(Nei 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica in azienda)

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Incubatoio

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Incubatoio

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Incubatoio

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Incubatoio

Nome ..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Incubatoio

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

**Introduzione di volatili da fiere mercati esposizioni** NO  SI 

(Nei 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica in azienda)

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----  
Data ...../...../..... N° ..... Specie .....Provenienza: Fiera  Mercato  Esposizione 

Comune ..... Prov. .... ASL .....

-----



**Uscita di volatili/uova verso altri allevamenti, incubatoi, macelli** NO  SI

(nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la data 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 ..... Prov. .... ASL .....

-----  
 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 .....

-----  
 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 partecipazione a fiere mercati esposizioni**

NO

SI

(nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data del sequestro dell'azienda)

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie .....  
 Comune ..... Prov. ....  
 Destinazione :            Fiera             Mercato             Esposizione

-----

**MOVIMENTO DI MAMMIFERI**

**Introduzione di mammiferi da altri allevamenti/fiere mercati esposizioni** NO  SI

(Nei 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica in azienda)

-----  
 Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Fiere , mercati,  
 esposizioni

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Fiere , mercati,  
 esposizioni

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Fiere , mercati,  
 esposizioni

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

Data ...../...../..... N° ..... Specie ..... Allevamento  Fiere , mercati,  
 esposizioni

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Targa automezzo .....

-----

**Uscita di mammiferi domestici verso altri allevamenti, macelli** NO  SI

(Nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la data 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 ..... Prov. .... ASL .....

-----  
 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 .....

-----  
 Data .... / .... / ..... N° ..... Specie .....  
 Destinazione: Altri allevamenti  Incubatoi  Macello  Altro .....  
 Denom. Azienda..... Codice          
 Via ..... N. ....  
 Comune ..... Prov. .... ASL .....

**MOVIMENTO DI PERSONE**                      NO                       SI

Possibile **introduzione o diffusione dell'infezione** per via indiretta nel periodo compreso fra i 21 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data di sequestro dell'azienda

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

-----  
 Data ....../....../....                      Cognome e Nome .....

Qualifica:  Veterinario  Tecnico mangimista  Vaccinatore  Debeccatore  Altro allevatore  
 Commerciante  Altre persone (specificare) .....

Residenza:            Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. ....                      N° telefono .....

Allevamento precedentemente visitato : .....

.....Data ....../....../....

-----  
 Data ....../....../....                      Cognome e Nome .....

Qualifica:  Veterinario  Tecnico mangimista  Vaccinatore  Debeccatore  Altro allevatore  
 Commerciante  Altre persone (specificare) .....

Residenza:            Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. ....                      N° telefono .....

Allevamento precedentemente visitato: .....

.....Data ....../....../....

-----  
 Data ....../....../....                      Cognome e Nome .....

Qualifica:  Veterinario  Tecnico mangimista  Vaccinatore  Debeccatore  Altro allevatore  
 Commerciante  Altre persone (specificare) .....

Residenza:            Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. ....                      N° telefono .....

Allevamento precedentemente visitato: .....

.....Data ....../....../....

-----  
 Data ....../....../....                      Cognome e Nome .....

Qualifica:  Veterinario  Tecnico mangimista  Vaccinatore  Debeccatore  Altro allevatore  
 Commerciante  Altre persone (specificare) .....

Residenza:            Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. ....                      N° telefono .....

Allevamento precedentemente 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



**CONTATTI INDIRETTI CON ALTRI ALLEVAMENTI AVICOLI** NO  SI   
 (mezzi di trasporto in comune con altre aziende; scambi di alimenti; attrezzature in comune; personale in comune; raccolta/riciclo pollina ecc.). Considerare il 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 contatto .../.../....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

-----  
 Data contatto .../.../....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

-----  
 Data contatto .../.../....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

-----  
 Data contatto .../.../....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....



Data contatto ....../...../.....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

Data contatto ....../...../.....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

Data contatto ....../...../.....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

Data contatto ....../...../.....

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... ASL .....

Specie allevata .....consistenza .....

mezzi di trasporto in comune; scambi di alimenti;  attrezzature in comune;  personale in comune  raccolta/riciclo pollina  altro (specificare) .....

**ALTRI ALLEVAMENTI AVICOLI DELLO STESSO ALLEVATORE** NO  SI 

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

Denom. Azienda..... Codice

Via ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

Specie allevata ..... Consistenza ..... In attività produttiva  NO  SI

**ALLEVAMENTI AVICOLI UBICATI IN PROSSIMITÀ DEL FOCOLAIO** 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  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  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  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  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  SI

---

Denom. Azienda..... Codice

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	

**Nota:** Nella fase di svezzamento di polli tacchini e faraone la mortalità può variare, in funzione di parametri legati alla qualità del pulcino, tra l’1,5 e il 6% settimanale, senza che questo sia indicatore di patologia in atto. Dalla terza settimana di vita in poi si può considerare nella norma una mortalità compresa fra l’0,1 e 0,3% giornaliero.

**NB: acquisire la tabella di mortalità aziendale debitamente compilata fino alla data del sequestro dell’azienda , firmata dall’allevatore e controfirmata dal veterinario ufficiale**

**Note:** .....

.....

.....

.....

**Data inizio sintomatologia clinica riferibile a influenza aviaria** ...../...../.....

Sintomi osservati dal proprietario .....

.....

.....

.....

**INTERVENTI VACCINALI**Effettuazione di piani vaccinali in azienda NO  SI 

Data vaccinazione	Tipo vaccinazione (1)	Nome commerciale	Via di somministrazione

**(1) indicare se spento o vivo attenuato**

PERSONALE CHE HA EFFETTUATO GLI INTERVENTI:

 Familiari       Dipendenti dell'azienda       Personale esterno       Altro

.....

Note .....

**INTERVENTI TERAPEUTICI**Effettuazione di interventi terapeutici negli ultimi 15 giorni: NO  SI 

Data inizio terapia	Data fine terapia	Tipo Farmaco	Nome commerciale	Via di somministrazione

PERSONALE CHE HA EFFETTUATO GLI INTERVENTI:

 Familiari       Dipendenti dell'azienda       Personale esterno       Altro.....

Note .....

**ESAME CLINICO**Depressione sensoriale Sintomatologia respiratoria: *lieve* *grave* Calo o arresto della ovodeposizione Edema, cianosi, emorragie della cute Sintomatologia enterica Sintomatologia nervosa 

Altro .....

**ESAME ANATOMO-PATOLOGICO**

- Corizza e/o sinusite catarrale
- Tracheite: *catarrale*   
*emorragica*
- Aerosacculite
- Regressione ovaio/ovidutto
- Emorragie: *epicardiche*   
*endocardiche*   
*mucosa gastrica*   
*follicoli ovarici*
- Enterite: *catarrale*   
*emorragica*

Altro .....

**OSSERVAZIONI** .....

.....

.....

.....

**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