

**Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie**

**Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria - Regione Veneto**

**MALATTIA DI NEWCASTLE**

**SCHEDA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA**

Data compilazione...../...../.....

Dr. .... Recapito telefonico .....

Sospetto N°.....

Conferma N° .....

Nome allevamento ..... Via ..... N. ....

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

Codice allevamento

--	--	--	--	--	--	--	--

Conduttore .....

Proprietario (Soccidante).....

Indirizzo del proprietario ..... N° telefono .....

Fornisce le informazioni il Sig. ....

in qualità di .....

Veterinario aziendale Dr. .... Presente NO  SI

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

#### **TIPOLOGIA AZIENDA:**

Industriale       Rurale       Centro di svezzamento(\*)  Rivenditore

#### **INDIRIZZO PRODUTTIVO:**

**Linea uova da consumo**

**Linea volatili da carne**

#### Tipologia:

Allevamento di:	Selezione ( <i>riproduttori grandparent</i> )	<input type="checkbox"/>
	Moltiplicazione ( <i>riproduttori parent</i> )	<input type="checkbox"/>
	Pollastre / Allievi	<input type="checkbox"/>
	Pollame da carne (es. <i>broiler</i> )	<input type="checkbox"/>
	Ovaiole da consumo	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> <i>Ciclo continuo</i>
		<input type="checkbox"/> <i>Tutto pieno/tutto vuoto</i>

(\*) allevamenti che allevano pulcini e pulcinotti per la vendita agli allevamenti rurali in ambito locale.

**SPECIE PRESENTI E CONSISTENZA** (al momento dell'effettuazione dell'indagine epidemiologica):

- Polli**  Carne  N° ..... Uova cova  N° ..... Uova consumo  N° .....
- Tacchini**  Carne  N° ..... Uova cova  N° .....
- Faraone**  Carne  N° ..... Uova cova  N° .....
- Anatre**  Carne  N° ..... Uova cova  N° .....
- Piccioni**  Carne  N° ..... Uova cova  N° .....
- Fagiani**  Ripopolamento  Uova cova  N° .....
- Oche**  N° .....
- Quaglie**  N° .....
- Pernici**  N° .....

- Uccelli tenuti in cattività**  Specie.....  N° .....
- Specie.....  N° .....
- Specie.....  N° .....
- Specie.....  N° .....

Altro .....  
 .....

Data accasamento	N. capi accasati	Sesso	Età in settimane (alla data odierna)

**Incubatoio di provenienza:**

Incubatoio aziendale NO  SI

Ditta ..... Via ..... N. ....

Comune ..... Prov. .... Codice

N. Telefono ..... N. Fax .....

**Operazioni di debeccaggio:** Data.../.../.....

PERSONALE CHE L'HA EFFETTUATO:

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

Note.....  
 .....  
 .....

## TIPOLOGIA RICOVERI

**Capannoni** NO

SI

N° .....

**Tunnel** NO

SI

N° .....

**Tipo ventilazione:** Naturale .....

Naturale con agitatori.....

Forzata .....

**Allevamento all'aperto** NO

SI

mq. ....

**Presenza reti antipassero:** NO  SI

Possibilità di contatto tra animali dell'allevamento e uccelli:

**Selvatici** NO  SI

Specie .....

.....

.....

**Sinantropici** NO  SI

Specie .....

.....

.....

**Specie in cattività** NO  SI

Specie .....

.....

.....

Presenza nelle aree in prossimità dell'allevamento di:

stagni NO  SI

laghetti NO  SI

altre fonti d'acqua NO  SI  (specificare) .....

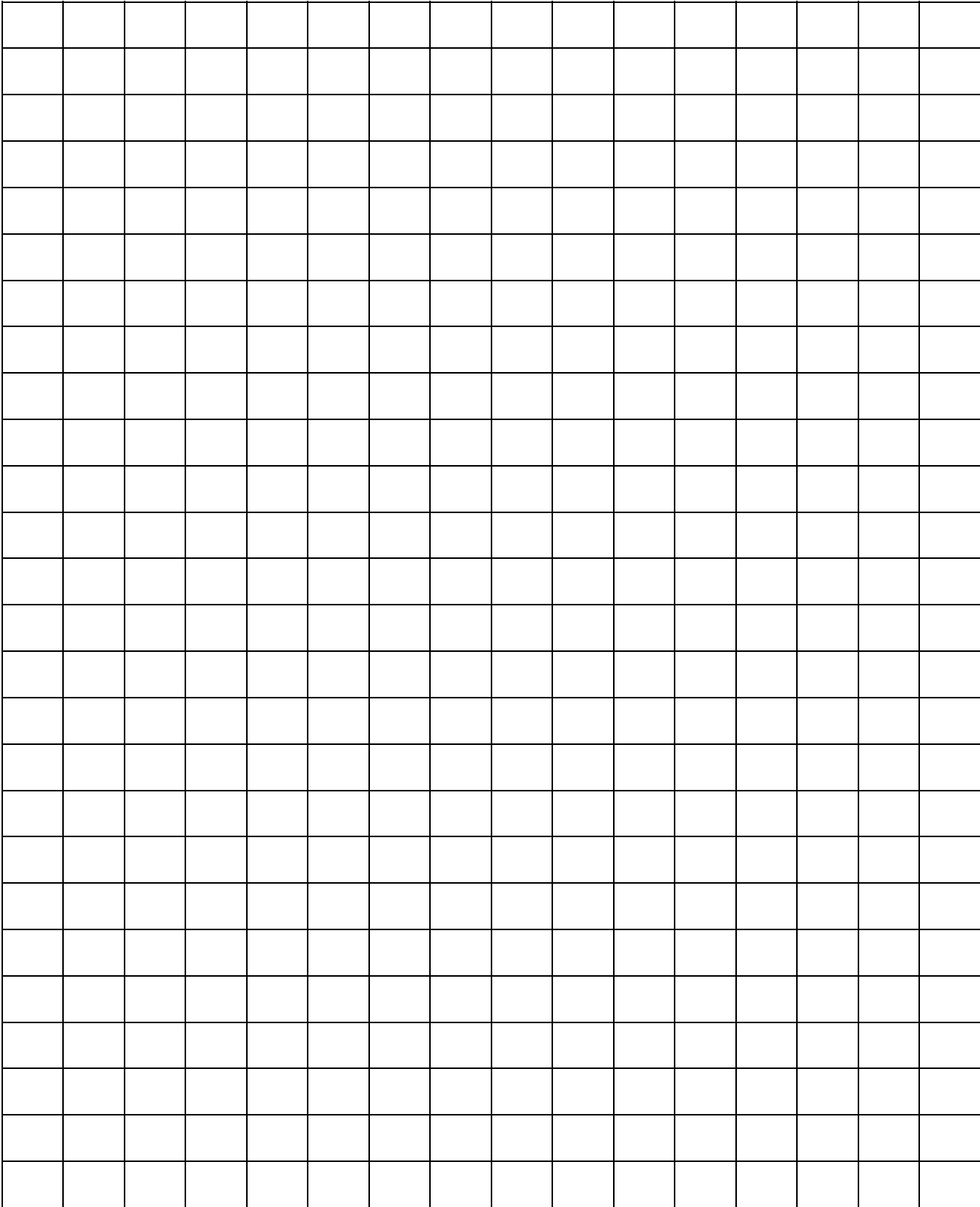
Altre specie NO  SI  (specificare) .....

Note .....

.....

Disegnare schematicamente una mappa relativa alla disposizione dei vari locali di allevamento, segnando al loro interno la distribuzione dei diversi gruppi di animali.

Disegnare vie comunicazione confinanti



## MOVIMENTO DI VOLATILI

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

(Nei 20 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 20 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 20 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 20 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 PERSONE**NO SI 

Possibile **introduzione o diffusione dell'infezione** per via indiretta nel periodo compreso fra i 20 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data di sequestro dell'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 ....../....../....

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)

(nel periodo compreso fra i 20 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data del sequestro dell'azienda)

<b>Data ingresso</b>	<b>Mezzo trasporto (A/B/C/D/E/F/ altro)</b>	<b>Denominazione Ditta per cui si esegue il trasporto</b>	<b>Recapito telefonico/Fax</b>	<b>N. Targa motrice</b>	<b>N Targa rimorchio</b>	<b>Ditta Trasportatore</b>	<b>Autista</b>	<b>Recapito telefonico</b>



**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.)

**NB: Considerare il periodo fra i 20 giorni precedenti la data di inizio della sintomatologia clinica e la data del sequestro dell'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) .....

## APPROVVIGIONAMENTO ALIMENTI

-----  
Tipo alimento .....

prodotto in azienda:  
    utilizzo di intrugli NO  SI   
    provenienza intrugli:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....

acquistato:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....  
date acquisti (ultimi 15 giorni)  
.....  
.....  
.....

-  
Tipo alimento .....

prodotto in azienda:  
    utilizzo di intrugli NO  SI   
    provenienza intrugli:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....

acquistato:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....  
date acquisti (ultimi 15 giorni)  
.....  
.....  
.....

-  
Tipo alimento .....

prodotto in azienda:  
    utilizzo di intrugli NO  SI   
    provenienza intrugli:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....

acquistato:  
Ditta ..... Comune .....  
Prov. .... Tel.  
.....  
date acquisti (ultimi 15 giorni)  
.....  
.....  
.....

**ALTRI ALLEVAMENTI AVICOLI DELLO STESSO PROPRIETARIO** 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**

**TABELLA DI MORTALITA' AZIENDALE**

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

SETTIMANA		N. MORTI
DAL	AL	

**Note:** .....

.....

.....

.....

**Data Inizio sintomatologia clinica riferibile a malattia di Newcastle** ...../...../.....

Sintomi osservati dal proprietario .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Intervento del veterinario aziendale      NO  SI       Data ...../...../.....

<b>SPECIE</b>	<b>TOTALE VOLATILI</b> al momento del sequestro (Vivi e morti)	<b>Di cui AMMALATI</b> al momento del sequestro	<b>Di cui MORTI</b> al momento del sequestro	<b>N.</b> <b>ABBATTUTI</b>

**(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)

### **INTERVENTI VACCINALI**

Effettuazione di piani vaccinali in azienda      NO       SI

<b>Data vaccinazione</b>	<b>Tipo vaccinazione (1)</b>	<b>Nome commerciale</b>	<b>Via di somministrazione</b>

**(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

<b>Data inizio terapia</b>	<b>Data fine terapia</b>	<b>Tipo Farmaco</b>	<b>Nome commerciale</b>	<b>Via di somministrazione</b>

PERSONALE CHE HA EFFETTUATO GLI INTERVENTI:

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

Note .....

### ESAME CLINICO

- Depressione sensoriale
- Anoressia
- Sintomatologia respiratoria: *lieve*
- grave*
- Diarrea
- Torcicollo
- Andatura barcollante
- Paralisi
- Calo o arresto della ovodeposizione
- Uova
- Fragili/senza guscio*
- Decolorate*

Altro .....

### ESAME ANATOMO-PATOLOGICO

- Corizza e/o sinusite catarrale
- Tracheite : *catarrale*
- emorragica*
- Emorragie *stomaco ghiandolare*
- intestino*
- ciechi*
- follicoli ovarici*
- Enterite *catarrale*
- emorragica*
- difteroide*

Altro .....

**OSSERVAZIONI** .....

.....

.....

.....

**FIRMA**

.....