

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DI SALMONELLA NEI GRUPPI
DI POLLAME DELLA SPECIE GALLUS GALLUS

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA IN SEGUITO A RISCONTRO UFFICIALE
DI POSITIVITA' PER SALMONELLA _____

Dr _____

Telefono _____

A.U.S.L. _____

Data __/__/__

Codice identificazione azienda

IT | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Denominazione Azienda: _____

Proprietario Azienda: _____

Via/Localtà _____

N. _____

Comune _____

Prov. _____

Indirizzo produttivo Azienda:

Allevamento Industriale

Allevamento Rurale

Incubatoio

Rivendita

Svezzatore

Proprietario degli animali (se diverso):

2. Informazioni sul Gruppo Positivo

2.1. Tipologia e numero:

Categoria	Numero capi	Tipologia
Riproduttori in deposizione		<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> linea Uovo <input type="checkbox"/> Grand-Parents <input type="checkbox"/> linea Carne
Riproduttori in fase pollastra		<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> linea Uovo <input type="checkbox"/> Grand-Parents <input type="checkbox"/> linea Carne
Riproduttori di 1 giorno		<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> linea Uovo <input type="checkbox"/> Grand-Parents <input type="checkbox"/> linea Carne
Ovaiole da consumo		
Pollastre di ovaiole da consumo		
Broiler		
Galletti/Capponi		
Pulcini di 1 giorno		

2.2. Precedenti positività per Salmonella _____ in data ___/___/___

2.3. Data di accasamento: ___/___/___

2.4. Provenienza degli animali (in caso di schiusa positiva all'incubatoio indicare il gruppo da cui provenivano le uova):

Tipo di Azienda	Denominazione Allevamento	Codice Aziendale	Indirizzo
<input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Incubatoio			

2.5. Denominazione/Ragione sociale del Trasportatore degli animali:

Targa veicolo: _____

2.6. Vaccinazione per Salmonella

- Gruppo non vaccinato
 Gruppo vaccinato con il seguente schema

Nome commerciale vaccino	Date di vaccinazione			
	1° intervento	2° Intervento	3° Intervento	4° Intervento

Vaccini

Gallimune SE
Gallivac SE
Megan TM Vac 1
Nobilis Salenvac
Nobilis Salenvac
Nobilis SG 9R
Poulvac SE
Poulvac SE-ND-
Poulvac ST
Salmonella vac
Salmonella vac T
Salmovac SE
Zoosaloral H
Altro

2.7. Trattamenti farmacologici

Gruppo non trattato

Gruppo trattato con il seguente schema

Informazioni sul trattamento				
Nome commerciale prodotto o principio attivo	Data inizio trattamento	Via di somministraz.	Durata del trattamento (giorni)	Tempo di sospensione (giorni)

3. Dati sull'alimentazione 3.1. Forniture di mangime effettuate dall'ultimo controllo negativo per salmonella

Data del Trasporto	Nome commerciale mangime	Numero Lotto	Ditta Produttrice	Targa mezzo di trasporto	Disponibilità controcampione
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

3.2. Fornitore abituale mangime:

Denominazione/Ragione sociale: _____

via _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

3.3. Controllo batteriologico del mangime effettuato in data ___/___/___ con esito:

Negativo Positivo per Salmonella _____

3.4. Provenienza acqua di bevanda: Acquedotto

Pozzo Artesiano

Pozzo superficiale

Altro _____

3.5. L'acqua viene trattata prima della somministrazione agli animali?

No

Sì (specificare) _____

3.6. Controllo batteriologico dell'acqua effettuato in data ___/___/___ con esito:

Negativo

Positivo per Salmonella _____

3.7. Sistema di allevamento :

A Terra

Gabbie vecchio tipo

Gabbie nuovo tipo

Posatoi in legno

Posatoi in plastica

Free-Range

3.8. Ventilazione Forzata: Sì No

3.9. Chiusura del capannone: Sì No

4.6. Uscita di animali verso fiere/mercati/esposizioni: Sì No

Data uscita	nr° animali	Categoria animali	Fiera, mercato o mostra	Comune/prov.

4.7. Destinazione delle uova prodotte:

Incubatoio: Ragione Sociale e sede _____

Stabilimento Ovoprodotti: Ragione Sociale e sede _____

Impianto Sgusciatura: Ragione Sociale e sede _____

Centro di imballaggio: Ragione Sociale e sede _____

Note: _____

Misure di biosicurezza

- 4.8. Lavaggio strutture alla fine di ogni ciclo: Sì No
- 4.9. Disinfezione strutture alla fine di ogni ciclo: Sì No
- 4.10. Viene rispettato un periodo di vuoto sanitario a termine del ciclo: No
 Sì, di giorni _____
- 4.11. Insufflazione Pollina Sì No
- 4.12. Sono attuati programmi di lotta agli insetti: Sì No
- 4.13. Sono attuati programmi di Derattizzazione: Sì No
- 4.14. Sono presenti Reti Antipassero: Sì No
- 4.15. Vaschette disinfezione calzature all'ingresso: Sì No
- 4.16. Presenza di spogliatoi per il personale: Sì No
- 4.17. Il personale a contatto con gli animali possiede allevamenti avicoli a carattere familiare: Sì No
- 4.18. Il personale effettua un cambio d'abito completo prima di entrare nei locali di allevamento: Sì No
- 4.19. Il personale che lavora abitualmente in azienda opera anche in altri allevamenti avicoli industriali:
 No Sì, specificare codice aziendale e denominazione _____
- 4.20. Destinazione carcasce: Cella per raccolta carcasce a fine ciclo
 Compostaggio
 Altro _____
- 4.20. Ditta incaricata della rimozione delle carcasce: _____
- 4.21. Contatti con animali selvatici:
Sono stati visti animali selvatici all'interno dei locali di allevamento: No
 Sì
- | | | | |
|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Roditori | <input type="checkbox"/> | Mustelidi | <input type="checkbox"/> |
| Cinghiali | <input type="checkbox"/> | Canidi | <input type="checkbox"/> |
| Lepri | <input type="checkbox"/> | Uccelli | <input type="checkbox"/> |
| Altro | <input type="checkbox"/> | _____ | |
- 4.22. Viene attuato in azienda un piano di autocontrollo / HACCP per le salmonelle: No Sì
- 4.23. Laboratorio incaricato dell'esecuzione delle prove batteriologiche: _____
- 4.24. Veterinario Aziendale _____ Nr. Tel. _____

Provvedimenti Presi:

Firma del Veterinario
che ha eseguito l'indagine
