

**Centro di Referenza Nazionale per le Salmonellosi
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie**

Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria - Regione Veneto

SCHEDA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

POSITIVITA' SALMONELLE IN POLLI DA CARNE

DA SPEDIRE AL SERVIZIO VETERINARIO REGIONALE E AL CREV

Fax: 049 8830268

Mail: crev.cceolin@izsvenezie.it; crev.mtoson@izsvenezie.it

SCHEDA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

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

Indagine epidemiologica eseguita da Dott.Tel.....

A seguito di isolamento di Salmonella (specificare sierotipo/i)

N° Rapporto di prova..... del.....(Allegare copia del rapporto di prova e scheda accompagnamento campioni)

Denominazione allevamento

Via N. Comune

Prov..... ASL N° Codice allevamento

Conduttore/Allevatore.....N° telefono

Proprietario animali (Soccidante).....

Indirizzo del proprietario N° telefono

Fornisce le informazioni il Sig.in qualità di

Veterinario aziendale Dott.. Presente NO SI

Tecnico aziendale Sig. Presente NO SI

DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO

Numero totale di capannoni :

Numero di capannoni dedicati all'allevamento dei broiler:

IDENTIFICATIVO CAPANNONE	DATA ACCASAMENTO	N. VOLATILI ACCASATI	PROVENIENZA DEGLI ANIMALI*	N. VOLATILI PRESENTI AL DATA DEL PRELIEVO POSITIVO

* Indicare, per ogni capannone, la provenienza degli animali compilando la parte sottostante:

IDENTIFICATIVO DEL CAPANNONE

Incubatoio di provenienza:

Incubatoio aziendale NO SI

Ditta Via N.

Comune Prov. Codice

N. TelefonoN. Fax

IDENTIFICATIVO DEL CAPANNONE

Incubatoio di provenienza:

Incubatoio aziendale NO SI

Ditta Via N.

Comune Prov. Codice

N. TelefonoN. Fax

IDENTIFICATIVO DEL CAPANNONE

Incubatoio di provenienza:

Incubatoio aziendale NO SI

Ditta Via N.

Comune Prov. Codice

N. TelefonoN. Fax

- Tipo ventilazione:** Naturale
 Naturale con agitatori.....
 Forzata

Modalità di approvvigionamento e distribuzione del mangime

- Mangime prodotto in azienda NO SI
Approvvigionamento da ditta esterna NO SI
 Se sì, è prevista una verifica dell'avvenuta disinfezione degli automezzi
 di trasporto del mangime presso il mangimificio NO SI
N. totale di silos.....
N. silos per capannone
Carico interno dei silos NO SI
Carico esterno dei silos NO SI

Modalità di approvvigionamento e gestione acqua

- Da pozzo NO SI
Da acquedotto NO SI

Trattamento dell'acqua

- Acidificazione NO SI
Clorazione NO SI
Nessun trattamento NO SI

I CAPANNONI risultati POSITIVI presentano caratteristiche diverse da quelle descritte sopra? NO SI

Se sì, compilare la parte sottostante (per ogni capannone positivo con caratteristiche diverse da quelle sopra riportate):

IDENTIFICATIVO CAPANNONE POSITIVO

- Tipo ventilazione:** Naturale
 Naturale con agitatori.....
 Forzata

Modalità di approvvigionamento e distribuzione del mangime

- Mangime prodotto in azienda NO SI
Approvvigionamento da ditta esterna NO SI
 Se sì, è prevista una verifica dell'avvenuta disinfezione degli automezzi
 di trasporto del mangime presso il mangimificio NO SI
N. totale di silos.....
N. silos per capannone
Carico interno dei silos NO SI

Carico esterno dei silos NO SI

Modalità di approvvigionamento e gestione acqua

Da pozzo NO SI

Da acquedotto NO SI

Altro (specificare)

Trattamento dell'acqua

Acidificazione NO SI

Clorazione NO SI

Nessun trattamento NO SI

IDENTIFICATIVO CAPANNONE POSITIVO

Tipo ventilazione: Naturale

Naturale con agitatori.....

Forzata

Modalità di approvvigionamento e distribuzione del mangime

Mangime prodotto in azienda NO SI

Approvvigionamento da ditta esterna NO SI

Se sì, è prevista una verifica dell'avvenuta disinfezione degli automezzi
di trasporto del mangime presso il mangimificio NO SI

N. totale di silos.....

N. silos per capannone

Carico interno dei silos NO SI

Carico esterno dei silos NO SI

Modalità di approvvigionamento e gestione acqua

Da pozzo NO SI

Da acquedotto NO SI

Trattamento dell'acqua

Acidificazione NO SI

Clorazione NO SI

Nessun trattamento

MISURE DI BIOSICUREZZA E GESTIONE DELL'ALLEVAMENTO

Controllo degli accessi in allevamento (cancelli/sbarra)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di una recinzione attorno all'allevamento	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Area perimetrale dei capannoni pulita	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza reti antipassero	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di piazzole di carico e scarico dei materiali d'uso e degli animali	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Pavimenti e pareti dei capannoni facilmente lavabili e disinfettabili	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di aree di stoccaggio dei materiali d'uso (lettiere vergini, mezzi..)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di punti di disinfezione all'entrata dei capannoni	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di una zona filtro all'entrata dell'azienda con docce e spogliatoi	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Disponibilità di indumenti monouso in allevamento	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di un registro	
1) dei visitatori o del personale non routinario che entrano in azienda	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
2) delle movimentazioni animali	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
3) delle movimentazioni di attrezzature ed automezzi	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza di un piano di derattizzazione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Contratto con ditta autorizzata	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Esiste una procedura scritta	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
La procedura prevede un sistema di verifica delle operazioni	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
La procedura e i risultati sono regolarmente verificati dal Servizio Veterinario	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Presenza cella di congelamento per animali morti	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Gestione lettiera	
Presenza platea di stoccaggio	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
⇒ <u>Se assente</u> indicare il destino della pollina	
Ditta autorizzata	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Smaltimento agronomico su terreno di proprietà	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cessione a terzi per smaltimento agronomico	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Procedura di pulizia e disinfezione dei locali ed attrezzature	
Esiste una procedura scritta	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
La procedura prevede un sistema di verifica delle operazioni	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
La procedura e i risultati sono regolarmente verificati dal Servizio Veterinario	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Pulizia e disinfezioni alla fine di ogni ciclo	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Rispetto del vuoto sanitario di almeno 3 giorni	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Rispetto del vuoto biologico di almeno 28 giorni	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Punti di disinfezione all'entrata dell'allevamento per automezzi NO SI

Attrezzature di pulizia e disinfezione degli automezzi

Presenza di platea di disinfezione NO SI

Disinfezione ad arco NO SI

Disinfezione a pompa NO SI

Presenza di Pozzetto raccolta acque di scarico NO SI

Presenza di altri animali in azienda? NO SI

Cani

Gatti

Altri avicoli

Altro (specificare)

Personale che accudisce gli animali

Familiari

Dipendenti azienda

Personale esterno

Altro

Contatti indiretti con altri allevamenti avicoli NO SI

Mezzi di trasporto in comune con altre aziende NO SI

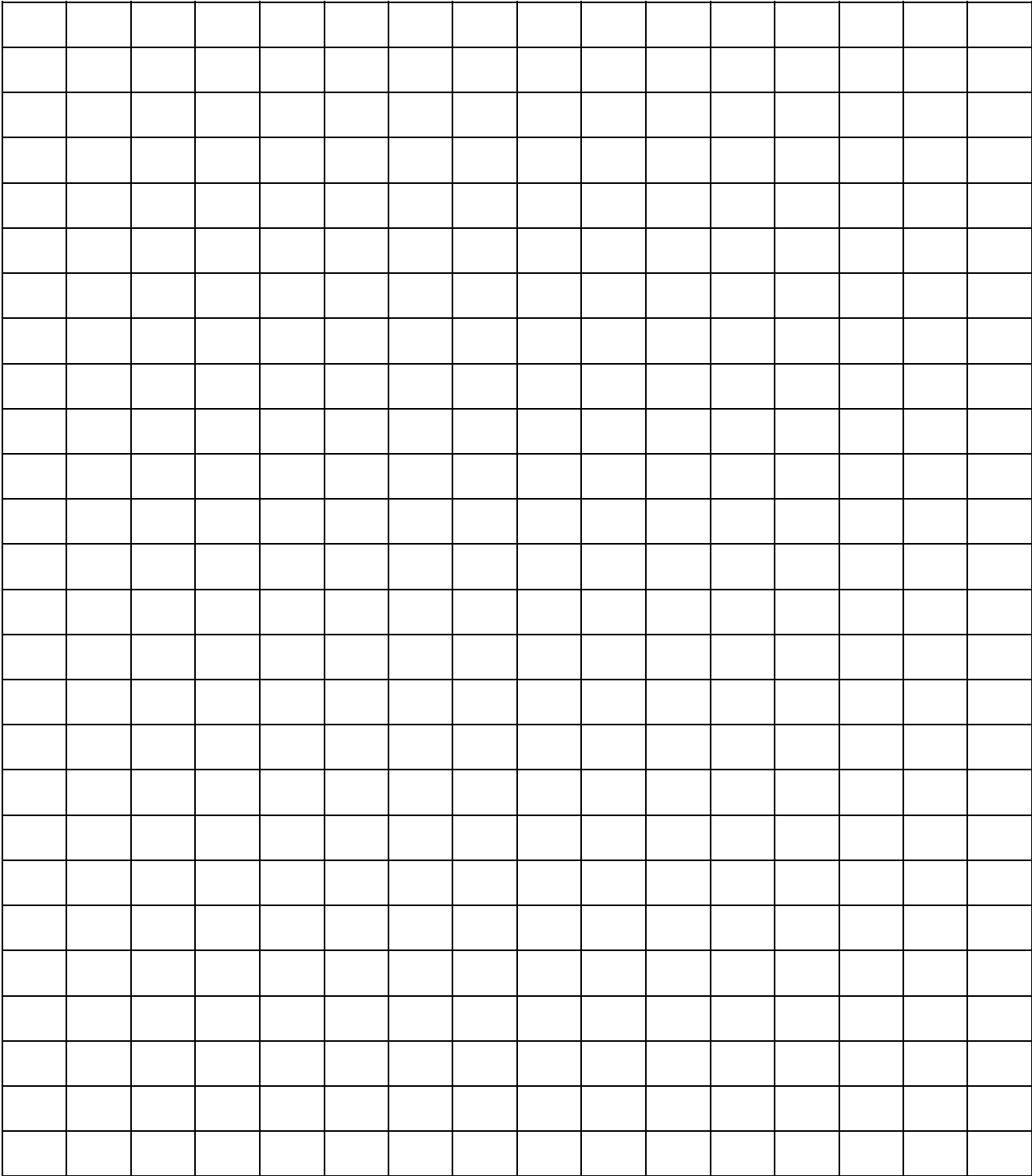
Scambi di alimenti NO SI

Attrezzature in comune NO SI

Personale in comune NO SI

Altro (specificare)..... NO SI

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



ALTRI ALLEVAMENTI 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 UBICATI IN PROSSIMITÀ DELL'ALLEVAMENTO NO SI
NON NOTO

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

INTERVENTI VACCINALI

Effettuazione di piani vaccinali in azienda per salmonella 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 nei 15 giorni antecedenti il campionamento: 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

OSSERVAZIONI

.....
.....
.....
.....

FIRMA

.....

**IN CASO DI ISOLAMENTO DI SALMONELLA ENTERITIDIS E/O TYPHIMURIUM
COMPILARE IL MODELLO SOTTO RIPORTATO.**

SULLA BASE DELL'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA (ALLEGATA) L'AUTORITA' COMPETENTE HA VALUTATO:

- IN MODO FAVOREVOLE
- IN MODO SFAVOREVOLE

Gli aspetti gestionali e le misure di biosicurezza implementati presso l'allevamento

PERTANTO

- NON HA PREVISTO MODIFICHE RISPETTO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE
- HA PREVISTO LE SEGUENTI MISURE FINALIZZATE A MIGLIORARE GLI ASPETTI IGIENICO-SANITARI DELL'ALLEVAMENTO (segue breve descrizione delle misure indicate):

L'Autorità Competente ha altresì deciso di

- INTENSIFICARE LA FREQUENZA DEI CONTROLLI UFFICIALI
- NON INTENSIFICARE LA FREQUENZA DEI CONTROLLI UFFICIALI

Nome e Cognome Veterinario ufficiale: _____ Firma _____

Tel _____

Data _____