

MANUALE OPERATIVO PESTE SUINA	Sezione n. 7
Titolo della sezione : MODULISTICA E ALLEGATI	Rev. n. 0, Aprile 2004 Pag. 66 di 75

ALLEGATO 14: fac - simile scheda di indagine epidemiologica

**SCHEDA
DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA
PER PESTI SUINE**

sospetto n.: data

codice allevamento

conferma n.: data

L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA VIENE SVOLTA IN SEGUITO A:

Sieropositività

Isolamento virale

Sospetto clinico / anatomo patologico

Rilievo al macello

Collegamento altro focolaio (specificare)

1. ANAGRAFE DELL'AZIENDA

1.1 Codice aziendale:

1.2 Denominazione dell'azienda:

1.3 Proprietario:

1.4 Detentore (se diverso dal proprietario):

1.5 Indirizzo dell'azienda:

Comune: Provincia:

1.6 ASL: Distretto:

Veterinario dirigente:

Veterinario che ha eseguito l'indagine:

Telefono (fisso): (mobile):

2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA

2.1 VARIETÀ DI SPECIE ALLEVATE: suino cinghiale

2.2 ATTIVITÀ / TIPOLOGIA DELL' ALLEVAMENTO

riproduzione ciclo chiuso

riproduzione ciclo aperto

ingrasso

magronaggio

stalla di sosta

stalla di sosta annessa a un macello

intensivo

estensivo

brado

semibrado

4. CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

5.

struttura *	Categorie**						
	Scrofe	Verri	Scrofette	Suinetti sotto scrofa	Lattoni (< 40 kg)	Magroni (40-90 kg)	Grassi (> 90kg)

*Per struttura si intende l'edificio in cui sono ricoverati ed allevati i suini. la struttura può essere identificata con numeri progressivi, lettere o specificata per esteso (es. sala parto, settore gestazione, magronaggio, ingrasso, etc.) e deve corrispondere a quanto descritto nella planimetria dell'azienda

**Specificare tra parentesi accanto al numero di capi presente nella struttura il numero dei capi risultati sieropositivi e/o con sintomatologia/lesioni

N.B. per ogni varietà di specie vanno trascritte in modo distinto le categorie presenti.

4. ALTRE SPECIE ANIMALI:

Specie:	N° capi:
Specie:	N° capi:
Specie:	N° capi:

MANUALE OPERATIVO PESTE SUINA	Sezione n. 7
Titolo della sezione : MODULISTICA E ALLEGATI	Rev. n. 0, Aprile 2004 Pag. 68 di 75

5. INFORMAZIONI INERENTI LA CONDUZIONE AZIENDALE

5.1 GLI ANIMALI SOGGIORNANO:

Al chiuso
 Tipo di edifici: All'aperto
 I paddoks sono recintati? [SI] [NO]

5.2 L'azienda è dotata di barriere che impediscono l'accesso ai non autorizzati?
 (cancelli, muri di cinta, etc.) [SI] [NO]

5.3 Esiste un macello annesso all'azienda? [SI] [NO]

5.4 Il carico/scarico animali avviene: fuori dell'azienda
 all'interno dell'azienda
 all'entrata del capannone
 in una piazzola di carico

5.5 Si effettua la quarantena per animali di nuova introduzione? [SI] [NO]

5.6 Esiste una zona in azienda destinata alla disinfezione degli automezzi? [SI] [NO]

5.7 Tutto pieno-tutto vuoto (stalle di sosta, ingrasso e magronaggio) [SI] [NO]

5.8 Presenza di apparecchiature a pressione (pulivapor) [SI] [NO]

5.9 Presenza di materiale monouso (copriabiti, tute, calzari, etc.) [SI] [NO]

5.10 Presenza di disinfettanti [SI] [NO]
 specificare quali

5.11 Sono possibili contatti con animali selvatici? [SI] [NO]
 specificare quali

5.12 È stata segnalata o rinvenuta la presenza di zecche (*O. erraticus*)? [SI] [NO]

5.13 Dove sono ricoverate le scrofe da riforma?
 Separate nel settore riproduzione
 Mescolate con i grassi
 Altro
 (Specificare):

5.14 Il ritiro degli scarti avviene: fuori dell'azienda
 all'interno dell'azienda
 all'entrata del capannone
 in una piazzola di carico

5.15 Il ritiro di carcasse avviene:

- fuori dell'azienda
- all'interno dell'azienda
- all'entrata del capannone
- in una piazzola di carico

5.16 Luogo di raccolta delle deiezioni: Vascone di stoccaggio
 Fertirrigazione in campi di proprietà
 Fertirrigazione in campi convenzionati
Altro
 (specificare):

5.17 Modalità di smaltimento dei rifiuti alimentari

5.18 L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto di animali? [SI] [NO]

Se SI, specificare il tipo di autoveicolo e la targa:

.....

5.19 Il proprietario e/o i familiari e/o i dipendenti hanno rapporti con altri allevamenti?

Nome Cognome	funzione	Contatti con altre aziende recettive		Azienda correlata		ASL
		si	no	codice	Indirizzo / proprietario	

5.20 Allevamenti suinicoli entro il raggio di 1Km

Denominazione	Codice	Indirizzo/ proprietario	ASL

6.3 Animali venduti (negli ultimi 30 giorni)

Data	Azienda / macello di destinazione			Numero suini	Ditta trasporto
	Nome	Codice	Indirizzo		

6.4 Autoveicoli (movimenti negli ultimi 30 giorni)

Tipo di trasporto	Frequenza e ultima data di accesso	Ditta e suo indirizzo	Targa automezzo*
Siero di latte			
Carcasse			
Liquami			
Alimenti			
Scarti			
Derattizzazione			
Altro			

* nel caso in cui automezzi diversi eseguano il trasporto di alimenti e del siero di latte, segnalare la targa dell'automezzo che ha eseguito l'ultimo trasporto

8. ANAMNESI CLINICA

8.1 Data osservazione primi sintomi: __ / __ / ____

8.2 Nome, cognome e qualifica di chi li ha osservati :

8.3 Provenienza degli animali con sintomatologia e descrizione delle lesioni:

.....

.....

.....

.....

.....

8.4 Presumibile inizio della malattia in allevamento: __ / __ / ____

8.5 Interventi vaccinali e terapeutici negli ultimi 30 gg.:

Vaccino	Data	Produttore	Operatore

Farmaco	Data	Via di somministrazione	Operatore

8.6 Esito dell'ultimo Piano nazionale o regionale di monitoraggio sierologico:

.....

.....

.....

.....

MANUALE OPERATIVO PESTE SUINA	Sezione n. 7
Titolo della sezione : MODULISTICA E ALLEGATI	Rev. n. 0, Aprile 2004 Pag. 74 di 75

9. VACCINAZIONI DI EMERGENZA:

9.1 Veterinari operatori:

9.2 Vaccino serie: Lotti:

9.3 Vi è qualche motivo che possa aver influenzato negativamente la vaccinazione d'emergenza?

Firma del compilatore

.....
data

MANUALE OPERATIVO PESTE SUINA	Sezione n. 7
Titolo della sezione : MODULISTICA E ALLEGATI	Rev. n. 0, Aprile 2004 Pag. 75 di 75

10. MAPPA DELL'ALLEVAMENTO:

