

INDAGINE EPIDEMIOLOGIA PER MALATTIE VESCICOLARI

La malattia è stata diagnosticata/sospettata in seguito a:

SOSPETTO CLINICO/ANATOMO-PATOLOGICO

SIEROPOSITIVITA'

ISOLAMENTO VIRALE

CORRELAZIONE EPIDEMIOLOGICA

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 AREA A:

VETERINARIO CHE HA ESEGUITO L'INDAGINE:

TELEFONO (anche cellulare):/.....

2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA

2.1 SPECIE ALLEVATE: SUINO

CINGHIALE

MISTO

2.2 INDIRIZZO PRODUTTIVO

RIPRODUZIONE CICLO CHIUSO

RIPRODUZIONE CICLO APERTO

INGRASSO

MAGRONAGGIO

STALLA DI SOSTA

STALLA DI SOSTA ANNESSA A UN MACELLO

3. CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

Struttura *:

Categoria	Numero	Con sintomi/lesioni	Sieropositivi
Scrofe			
Verri			
Scrofette			
Suinetti sotto scrofa			
Lattoni			
Svezziati			
Magroni			
Grassi			

Struttura *:

Categoria	Numero	Con sintomi/lesioni	Sieropositivi
Scrofe			
Verri			
Scrofette			
Suinetti sotto scrofa			
Lattoni			
Svezziati			
Magroni			
Grassi			

Struttura *:

Categoria	Numero	Con sintomi/lesioni	Sieropositivi
Scrofe			
Verri			
Scrofette			
Suinetti sotto scrofa			
Lattoni			
Svezziati			
Magroni			
Grassi			

* Per ogni struttura dell'azienda deve essere compilata una tabella. 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.

4. INFORMAZIONI INERENTI LA CONDUZIONE AZIENDALE

4.1 L'azienda è dotata di barriere che impediscono l'accesso ai non autorizzati? (cancelli, muri di cinta)

Sì No

4.2 L'abitazione è in azienda ? Sì No

4.3 Esiste un macello annesso all'azienda? Sì No

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

4.5 Si effettua la quarantena per animali di nuova introduzione? Sì No

4.6 Esiste una zona in azienda destinata alla disinfezione degli automezzi? Sì No

4.7 Tutto pieno-tutto vuoto (stalle di sosta, ingrasso e magronaggio) Sì No

4.8 Presenza di apparecchiature a pressione (pulivapor) Sì No

4.9 Presenza di disinfettanti Sì No

Se la risposta è affermativa, specificare il principio attivo usato:

.....
.....

4.10 Presenza di materiale monouso (copriabiti, tute, calzari, etc.) Sì No

4.11 Dove sono ricoverate le scrofe da riforma? Separate in box nel settore riproduzione

Mescolate con i grassi

Altro
Specificare

.....

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

4.13 Il ritiro di carcasse avviene: fuori dell'azienda
all'interno dell'azienda all'entrata del capannone
in una piazzola di carico

4.14 Luogo di raccolta delle deiezioni: Vascone di stoccaggio
Altro (specificare):.....

4.15 Modalità di smaltimento delle deiezioni:

fertirrigazione

in campi di proprietà

in altri campi convenzionati

altro (specificare):

.....

4.16 Modalità di smaltimento dei rifiuti alimentari

.....

....

4.17 L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto di animali? Sì No

Se la risposta è affermativa, specificare il tipo di autoveicolo e la targa:

.....

...

4.18 Il proprietario e/o i familiari e/o i dipendenti hanno rapporti con altre aziende suinicole?

Sì No

Se la risposta è affermativa, compilare il seguente schema:

Nome e cognome	Funzione	Azienda correlata	
		Codice	Proprietario/indirizzo

5. MOVIMENTAZIONI

5.1 ANIMALI ACQUISTATI

(a partire dalla data dell'ultimo controllo sierologico e/o virologico negativo)

Data	N° capi	categoria	Azienda di provenienza	Indirizzo dell'azienda	Titolare ditta trasporto (nome e indirizzo)	Targa automezzo

5.2 ANIMALI VENDUTI

(a partire dalla data dell'ultimo controllo sierologico e/o virologico negativo)

Data	N° capi	categoria	Azienda/macello di destinazione	Indirizzo azienda/macello	Titolare ditta trasporto (nome e indirizzo)	Targa automezzo

5.3 AUTOVEICOLI

Tipo di trasporto	Ultima data di accesso in azienda	Frequenza di accesso in azienda	Ditta usuale fornitrice del servizio e suo indirizzo	Targa automezzo*
Siero di latte				
Carcasse				
Liquami				
Alimenti				
Scarti				
Derattizzazione				
Altro (specificare)				

* nel caso in cui automezzi diversi eseguano il trasporto, segnalare la targa dell'automezzo che ha eseguito l'ultimo trasporto

5.4 PERSONE (nei 30 giorni precedenti la positività sierologica/virologica o del sospetto clinico)

Nome e cognome	Qualifica	Indirizzo	Motivo visita	Data visita

N.B. considerare: persone che effettuano l'ecografia nelle scrofe, negozianti, visitatori, veterinari, fecondatori, squadre di disinfezione etc.

6. ANAMNESI CLINICA

6.1 Data osservazione primi sintomi:/...../.....

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

.....
.....

6.3 Descrizione della sintomatologia e/o delle lesioni:

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

6.4 Presumibile inizio della malattia in allevamento:/...../.....
(da compilare anche in seguito al solo rilievo di sieropositività)

6.5 Quadro riepilogativo animali sospetti all'esame clinico/ anatomo-patologico

Categoria*	N° capi sospetti	Azienda di provenienza dei capi sospetti

*scrofe, verri, scrofette, suinetti sotto scrofa, lattoni, svezzati, magroni, grassi

7. ANAMNESI RECENTE

7.1 Data prelievo:/...../.....

7.2 Materiale prelevato: feci n° campioni:
epitelio n° campioni:
sangue n° campioni:
organi specificare quali:

.....
.....

7.3 Data isolamento dell' *enterovirus* :/...../.....

7.4 Data isolamento del virus della PSC: :/...../.....

7.5 Data esito di sieropositività:/...../.....

7.6 Quadro riepilogativo dell'esito sierologico:

Categoria*	Capi prelevati	Capi positivi	Tipo Ig	Azienda di provenienza capi positivi

*scrofe, verri, scrofette, suinetti sotto scrofa, lattoni, svezzati, magroni, grassi

10. PLANIMETRIA DELL'AZIENDA

(identificare le strutture presenti e dove è stata riscontrata la presenza di positività sierologica, virologica e di sintomatologia clinica)

