



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PRESIDENTZIA
PRESIDENZA

Il Direttore generale

Responsabile dell'Unità di Progetto

Quarto Provvedimento

Allegato 4: INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER CINGHIALI

STATO	ITALIA		
ASL N. _____	DISTRETTO DI _____		
COMUNE	LOCALITA'		
COORDINATE GEOGRAFICHE	LAT. _____	LONG. _____	ALT. _____
MISURE DI RESTRIZIONE IN ATTO	<input type="checkbox"/> ZONA INFETTA – <input type="checkbox"/> ZONA DI SORVEGLIANZA – <input type="checkbox"/> ZONA DI PROTEZIONE		
IDENTIFICAZIONE CINGHIALE*	N. ACCETTAZIONE _____	PROGR. SCHEDA N. _____	
DATA DELL'UCCISIONE/RITROVAMENTO			
CARCASSA:	<input type="checkbox"/> 1 = UCCISO	<input type="checkbox"/> 2 = TROVATO MORTO	
	<input type="checkbox"/> 3 = TROVATO MALATO	<input type="checkbox"/> 4 = INVESTIMENTO	
ETA'	<input type="checkbox"/> 1 = 0-6 MESI (0 molari)	<input type="checkbox"/> 2 = 6-18 MESI (1 molare)	
	<input type="checkbox"/> 3 = 18-30 MESI (2 molari)	<input type="checkbox"/> 4 = > 30 MESI (3 molari)	
SESSO	<input type="checkbox"/> FEMMINA	<input type="checkbox"/> MASCHIO	
ESAME VIROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo	<input type="checkbox"/> 2 = positivo	<input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = IF	<input type="checkbox"/> 2 = Isolamento virale	<input type="checkbox"/> 3 = PCR
ESAME SIEROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo	<input type="checkbox"/> 2 = positivo	<input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = ELISA	<input type="checkbox"/> 2 = Immunoblotting	
CONFERMA DI FOCOLAIO	<input type="checkbox"/> 1 = confermato	<input type="checkbox"/> 2 = non confermato	

* Ogni cinghiale deve essere identificato mediante il n. di accettazione assegnato al campione dall'IZS e dal n. progressivo (da 1 a 10) che risulta nella scheda di accompagnamento inviata insieme al campione.

Data

Il Veterinario Ufficiale
