

**SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONI PER SOSPETTO CLINICO DI FORMA ACUTA DI ANAPLASMOSI, ANEMIA INFETTIVA EQUINA, LEPTOSPIROSI, PIROSPLASMOSI
(COMPILARE IN STAMPATELLO)**

NRG IZSLT:

PRELEVARE 2 PROVETTE DI SANGUE SENZA ANTICOAGULANTE (9 ML CIASCUNA) E 2 PROVETTE DI SANGUE CON EDTA (9 ML CIASCUNA)

Definizione di caso sospetto di forma acuta: presenza di temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (anche se intermittente) e **almeno uno** dei seguenti sintomi: **anemia, ematuria, emorragie petecchiali, ittero.**

1. **Data prelievo (gg/mm/aa):**...../...../.....
2. **Ora prelievo (N.B.: CONCORDARE CON LE SEDE DI ACCETTAZIONE CHE IL CAMPIONE POSSA ESSERE ESAMINATO ENTRO 24 H)**:.....
3. **Veterinario Prelevatore**

Libero Professionista / Dipendente ASL _____

Indirizzo _____

Tel. fisso _____ Cellulare _____ Fax _____

4. **Codice Azienda**

Detentore _____

Indirizzo _____

Comune _____ Provincia _____

ASL di Appartenenza _____

NUMERO TOTALE SOGGETTI PRELEVATI: _____

Analisi previste: Anaplasma, Babesia, Theileria, Leptospira (sierologico e ricerca antigene), Anemia Infettiva Equina (sierologico), Striscio ematico periferico, AST, GGT, CPK, Bilirubina Totale e Diretta, Emocromo completo con formula, Proteine totali e Protidogramma.

Contatti per informazioni sulla ricerca:

Dott.ssa Maria Teresa Scicluna 0679099315, e-mail: teresa.scicluna@izslt.it

Dott.ssa Alessandra Di Egidio 0679099424, e-mail: alessandra.diegidio@izslt.it

Dott. Roberto Nardini 0679099448, e-mail: roberto.nardini@izslt.it

Data

Firma veterinario prelevatore

_____/_____/_____

NRG IZSLT _____

SCHEDA DI RILEVAMENTO DATI INDIVIDUALI
(compilare una scheda per soggetto)

Progressivo Soggetto N° _____	Microchip, N° passaporto:							
Specie	ASINO	<input type="checkbox"/>	CAVALLO	<input type="checkbox"/>	MULO	<input type="checkbox"/>	BARDOTTO	<input type="checkbox"/>
Sesso	M	<input type="checkbox"/>	M CASTRATO	<input type="checkbox"/>			F	<input type="checkbox"/>
Gruppo di razze (solo se cavallo)	RAZZE LOCALI*	<input type="checkbox"/>	_____	SELLA	<input type="checkbox"/>	TROTTATORI	<input type="checkbox"/>	
	GALOPPATORI	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>				
Attitudine:	CARNE	<input type="checkbox"/>	EQUESTRE/IPPICO	<input type="checkbox"/>	LAVORO	<input type="checkbox"/>	RIPRODUZIONE	<input type="checkbox"/>
Introduzione recente? (meno di 30gg)	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Zona di provenienza (specificare):	ESTERO	<input type="checkbox"/>	_____	ALTRA PROVINCIA ITALIANA	<input type="checkbox"/>	_____		
	Anno di nascita	<input type="text"/>						
Mantello	CHIARO	<input type="checkbox"/>	SCURO	<input type="checkbox"/>				
Stabulazione	Interno	<input type="checkbox"/>	Esterno	<input type="checkbox"/>	Singolo	<input type="checkbox"/>	In gruppo	<input type="checkbox"/>
Si effettuato vaccinazioni?	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Periodicità vaccinazioni	REGOLARE	<input type="checkbox"/>	SPORADICA	<input type="checkbox"/>				
Data ultima vaccinazione (mese/anno)	<input type="text"/>							
Si effettuato sverminazioni a scopo profilattico?	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Periodicità sverminazioni	REGOLARE	<input type="checkbox"/>	SPORADICA	<input type="checkbox"/>				
Data ultima sverminazione (mese/anno)	<input type="text"/>							
Si effettuano trattamenti antiparassitari esterni a scopo profilattico?	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Periodicità trattamenti antiparassitari	REGOLARE	<input type="checkbox"/>	SPORADICA	<input type="checkbox"/>				
Data ultimo trattamento (mese/anno)	<input type="text"/>							
Presenza di zecche sull'animale	SÌ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				

* **Indicare quale tra :** Avelignese; Bardigiano; Cav. Agricolo It. (TPR); Lipizzano; Maremmano; Murgese; Pony Esperia; Salernitano; Siciliano; Tolfetano; Altro

CASO NON SOSPETTO SOSPETTO

SOSPETTO CLINICO DI FORMA ACUTA DI:

Anaplasmosi Piroplasmosi Leptosirosi Anemia Infettiva Equina

SINTOMI: per essere considerata forma acuta devono essere presenti temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (anche se intermittente) e almeno tra i seguenti sintomi: anemia, ematuria, emorragie petecchiali, ittero

Anemia Atassia Debolezza Dolori Colici Edemi Ematuria Febbre Ittero

Emorragie petecchiali Inappetenza Letargia Linfadenomegalia Tachicardia Tachipnea

DATA INIZIO SINTOMI _____ / _____ / _____ TRATTATO SÌ NO SE SÌ PRODOTTO _____ DOSE _____ mg/Kg

DATA INIZIO TRATTAMENTO _____ / _____ / _____ DURATA TRATTAMENTO _____ gg