

ALLEGATO 2. SEZIONE A - SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO CARCASSA/CAMPIONI**SOSPETTO AVVELENAMENTO**

(COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI ANIMALE) (PER LE ESCHE/BOCCONI RIEMPIRE IL MODULO B)

1. Diagnosi di sospetto avvelenamento emessa da:

Nome e Cognome veterinario richiedente: _____	
Veterinario: ASL [] specificare quale _____	Libero professionista []
Altro (es. Parchi, Riserve o Centri di recupero) [] specificare quale _____	
Comune: _____	Provincia: _____
Via*: _____ n _____	
Telefono: _____	Fax: _____
E-mail: _____ Cellulare _____	

2. Materiale inviato:

Carcassa/e [] n° _____	Lavanda gastrica []	Vomito []	Feci []	Esca * []
Organo/i [] specificare quale/i _____				
Altri liquidi organici [] specificare quale/i _____				
*solo se rinvenuta insieme all'animale				

3. Dati del proprietario dell'animale

Nome e Cognome*: _____	
Via: _____	Comune: _____
Provincia: _____	Telefono: _____
* se animale randagio o selvatico specificare il comune o l'Ente	

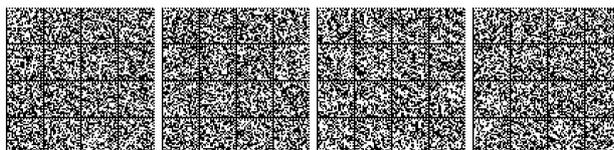
4. Luogo di ritrovamento

Comune: _____				
Via: _____ n _____				
Zona: urbana []	agricola []	boschiva []	privata []	altro _____
Coordinate geografiche: WGS84 [] EDI50 [] GAUSS BOAGA [] Altro _____				
Latitudine N _____		Longitudine E _____		
(in caso di assenza di rilevamento tramite GPS, utilizzare Google Maps o Google Earth e indicare le coordinate che compaiono alla base dell'immagine. Indicare alla voce altro quale dei due programmi è stato usato.				
Ci sono state altre segnalazioni nella stessa area?			SI [] NO []	
Se sì, quando sono avvenute? Ultima settimana []			Ultimo mese []	
Mesi fa []			Anni fa []	



5. Specie animale e anamnesi

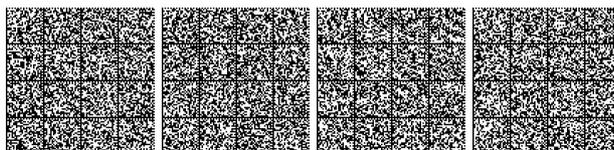
Specie animale: _____	
Età: Giovane <input type="checkbox"/> adulto <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	
Sesso: maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/>	
Tatuaggio o microchip: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N°: _____ (se previsto dalla normativa)	
Quando è stato visto l'animale vivo prima del ritrovamento?	
0 - 2 ore <input type="checkbox"/> 3-6 ore <input type="checkbox"/> 12 ore <input type="checkbox"/> > 12 ore <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	
A quando risale l'ultimo pasto dell'animale prima della morte?	
0 - 2 ore <input type="checkbox"/> 3-6 ore <input type="checkbox"/> 7-12 ore <input type="checkbox"/> > 12 ore <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	
Cosa mangia abitualmente l'animale ?	
Mangime secco <input type="checkbox"/> Mangime umido <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> (specificare) _____	
Cosa ha mangiato nell'ultimo pasto? _____	
Dove vive l'animale ?	
In casa <input type="checkbox"/> In giardino <input type="checkbox"/> Libero <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____	
È stata trovata un'esca/boccone nelle vicinanze dell'animale? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se raccolta e inviata, riempire la scheda per sospetta esca avvelenata (sezione B).	
Anamnesi: _____	
Sconosciuta <input type="checkbox"/> Trovato morto <input type="checkbox"/> Trovato vivo <input type="checkbox"/>	
Sintomatologia (da riempirsi a cura del veterinario richiedente):	
<input type="checkbox"/> Ipertermia	<input type="checkbox"/> Scialorrea
<input type="checkbox"/> Ipotermia	<input type="checkbox"/> Convulsioni
<input type="checkbox"/> Tachipnea	<input type="checkbox"/> Brachipnea
<input type="checkbox"/> Polidipsia	<input type="checkbox"/> Perdita di sangue dagli orifici naturali
<input type="checkbox"/> Ottundimento del sensorio	<input type="checkbox"/> Aggressività/irrequietezza
Altro _____	
Terapia praticata (specificare i farmaci che sono stati utilizzati):	
[1] _____	[2] _____
[3] _____	[4] _____
[5] _____	[6] _____
È stato utilizzato del carbone attivo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
È stata fatta la lavanda gastrica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se sì, è stata inviato il contenuto gastrico per la ricerca di tossici? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Negli ultimi 15 giorni sono stati effettuati trattamenti in casa, nel giardino o nell'orto con fitosanitari, insetticidi, lumachicidi o altre sostanze potenzialmente tossiche? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se sì, indicare quale o quali sostanze sono state usate:	
[1] _____	[2] _____
[3] _____	[4] _____



DATA

FIRMA e TIMBRO DEL VETERINARIO
RICHIEDENTE

FIRMA DEL RESPONSABILE
DELL'ANIMALE



ALLEGATO 2. SEZIONE B - SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO BOCCONE/ESCA
SOSPETTO AVVELENAMENTO

1. Dati di chi ha ritrovato l'esca

Nome e Cognome: _____	
Comune: _____	Provincia: _____
Via: _____ n _____	
Telefono: _____	Fax: _____
E-mail: _____	Cellulare: _____

2. Dati del medico veterinario

Nome e Cognome veterinario richiedente: _____	
Veterinario: ASL <input type="checkbox"/> specificare quale _____	IZS <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/>
Altro (es. Parchi, Riserve o Centri di recupero) <input type="checkbox"/> specificare quale _____	
Comune: _____	Provincia: _____
Via: _____ n _____	
Telefono: _____	Fax: _____
E-mail: _____	Cellulare _____

3. Dati località di ritrovamento

Comune: _____	Provincia: _____
Via: _____ n _____	
Zona: <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> agricola <input type="checkbox"/> boschiva <input type="checkbox"/> privata <input type="checkbox"/> altro _____	
Coordinate geografiche: WGS84 <input type="checkbox"/> EDI50 <input type="checkbox"/> GAUSS BOAGA <input type="checkbox"/> Altro _____	
Latitudine N _____	Longitudine E _____
Ci sono state altre segnalazioni nella stessa area? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se sì, quando sono avvenute? Ultima settimana <input type="checkbox"/> Ultimo mese <input type="checkbox"/> Mesi fa <input type="checkbox"/>	
ASL di riferimento del luogo del sospetto avvelenamento*: _____	
Rinvenuta:	
in prossimità di uno più animale/i morto/i o con sintomatologia sospetta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Salsiccia <input type="checkbox"/> Lardo <input type="checkbox"/> Polpetta <input type="checkbox"/> Uovo <input type="checkbox"/> Mangime secco <input type="checkbox"/> Wurstel <input type="checkbox"/>	
Mangime umido <input type="checkbox"/> Becchime/Granaglie <input type="checkbox"/> Esca pronta all'uso (bustine) <input type="checkbox"/>	
Altro (descrivere) <input type="checkbox"/> _____	
Numero di esche rinvenute: _____	

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

