



Spazio riservato al laboratorio

Numero Registro: \_\_\_\_\_

Data Accettazione \_\_\_\_\_

**RABBIA**

**SCHEDA PRELIEVO E INVIO CAMPIONI**

REGIONE _____	PROVINCIA _____	ASL N. _____
<b>PRELEVATORE</b>		
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Servizio veterinario ASL	
_____	<input type="checkbox"/> Polizia provinciale	
_____	<input type="checkbox"/> Personale di vigilanza della Provincia di _____	
Tel. _____	<input type="checkbox"/> Socio della riserva di caccia di _____	
_____	<input type="checkbox"/> Personale della staz. forestale _____	
_____	<input type="checkbox"/> Cacciatore	
_____	<input type="checkbox"/> Altro _____	

- Motivo del prelievo:**  Monitoraggio selvatici  Piano controllo vaccinazione orale delle volpi  
 Animale Morsicatore  Animale con sintomatologia sospetta  Animale sospetto che ha avuto contatto diretto (con persona/animale)  Campione ufficiale

**ANIMALE PRELEVATO** (compilare una scheda per ogni animale)

<b>SPECIE</b> <input type="checkbox"/> Animale domestico <input type="checkbox"/> Animale selvatico
<b>Animale domestico</b> <input type="checkbox"/> Cane <input type="checkbox"/> Gatto <input type="checkbox"/> Altro _____
Animale di proprietà <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> non noto
Dati relativi al proprietario dell'animale:
Nome e Cognome _____ Indirizzo: _____ n. _____
Comune _____ Prov _____ Tel _____
<b>Animale selvatico</b> <input type="checkbox"/> Volpe <input type="checkbox"/> Tasso <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina Età stimata _____
<b>Luogo del ritrovamento:</b>
Località _____
Indirizzo _____ n. _____ Comune _____
<b>Tipo ritrovamento:</b>
<input type="checkbox"/> Ritrovato morto <input type="checkbox"/> Animale investito
<input type="checkbox"/> Animale abbattuto <input type="checkbox"/> Altro _____

<b>Presenza di sintomi</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Modifiche del comportamento <input type="checkbox"/> Difficoltà di deambulazione <input type="checkbox"/> Aggressività
<input type="checkbox"/> Paralisi <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Altro _____

<b>Presenza di lesioni</b> Tipo _____
<b>L'animale ha morsicato/ è venuto a contatto con</b>
<input type="checkbox"/> Persona Sig. _____ tel. _____
<input type="checkbox"/> Animale: specie: _____

Eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

Data abbattimento/ritrovamento \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_