

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015 (REV. 2017)

All'IZSLER Sezione di

All'Azienda USL di

REGISTRAZIONE motivo del prelievo **(8) Controllo a seguito di caso umano autoctono**
 (Caso umano nel Comune di n° /201....)*
 * registrare in Darwin il n° caso umano nel campo Note all'accettazione.

(9) Conferma sospetto diagnostico (in presenza di sintomi)

Materiale inviato Siero altro: _____

Esami richiesti Ricerca anticorpi (immunofluorescenza) per Leishmania
 PCR per *Leishmania infantum*

1. Dati del Veterinario

<i>(timbro del veterinario che effettua il prelievo)</i>	Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria
--	--

2. Dati del Cane (segnalamento)

MICROCHIP (obbligatorio – 15 cifre)	Sesso	Taglia	Pelo	Anno nascita	Razza															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> lungo		
Nome del cane	Indirizzo di detenzione del cane																			
Nome e cognome del proprietario	Indirizzo del proprietario (se diverso da quello di detenzione del cane)																			
Codice fiscale del proprietario (obbligatorio)																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																				

3. Anamnesi

Ricovero notturno	Convive con altri cani ?
<input type="checkbox"/> all'aperto <input type="checkbox"/> al chiuso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Quanti _____
Provenienza	Spostamenti / viaggi che si ritiene utile segnalare al fine di ipotizzare dove è avvenuta l'eventuale infezione
<input type="checkbox"/> Italia Regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Stato _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Dove: _____ Periodo _____

4. Sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi (indicare SEMPRE):

Alterazioni ematocliniche	Linfoadenomegalia	Dermatite furfuracea	Pallore delle mucose
<input type="checkbox"/> epatiche	<i>poplitei</i>	Alopecia	Lesioni oculari
<input type="checkbox"/> renali	<i>prescapolari</i>	Ulcere	Congiuntivite
	<i>retroscapolari</i>	Onicogrifosi	Perdita di peso
	<i>sistemica</i>	Epistassi	Altro: _____

5. Terapie effettuate (indicare date e prodotti utilizzati) _____

Luogo e data

II VETERINARIO