

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><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><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><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><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	<input type="checkbox"/> <i>poplitei</i>	<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Lesioni oculari
<input type="checkbox"/> renali	<input type="checkbox"/> <i>prescapolari</i>	<input type="checkbox"/> Ulcere	<input type="checkbox"/> Congiuntivite
	<input type="checkbox"/> <i>retroscapolari</i>	<input type="checkbox"/> Onicogrifosi	<input type="checkbox"/> Perdita di peso
	<input type="checkbox"/> <i>sistemica</i>	<input type="checkbox"/> Epistassi	<input type="checkbox"/> Altro: _____

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

Luogo e data

II VETERINARIO