

**ANEMIA INFETTIVA DEGLI EQUIDI  
SCHEDA DI RILEVAMENTO DATI  
IN UN FOCOLAIO**

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte in maniera chiara e leggibile e deve essere datata e firmata dal veterinario ufficiale

Si raccomanda di somministrare la scheda al detentore degli animali, possibilmente insieme al veterinario aziendale.

DR.....

Recapito telefonico.....

A.S.L. n° .....

Data ..../..../.....

Codice identificazione azienda (DPR 317/96)

     

Identificativo fiscale dell'azienda (P. IVA/ C.F.)

               

Denominazione azienda .....

Proprietario.....

Detentore (se diverso dal proprietario).....

Via/località ..... N. .... Comune ..... Prov. ....

TIPOLOGIA AZIENDA (BARRARE).

 Carne con fattrici;  Carne senza fattrici  Equestre con fattrici;  Equestre senza fattrici;

 Ippico con fattrici;  Ippico senza fattrici;  Lavoro

**Focolaio**  **NO**  **SI** se si data NOTIFICA di focolaio: ..../..../.....

**Se si** N° notifica SIMAN\_\_\_\_\_ del ..../..../.....

 Azienda Sospetta  **NO**  **SI**
**Positività sierologica riscontrata a seguito di:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sorveglianza sierologica in azienda         | <input type="checkbox"/> 7 compravendita   |
| <input type="checkbox"/> 2 Sorveglianza al mattatoio                   | <input type="checkbox"/> 8 movimentazioni capi Nazionale o UE  |
| <input type="checkbox"/> 3 Sospetto clinico                            | <input type="checkbox"/> 9 movimentazione capi Internazionale (extra UE)                                   |
| <input type="checkbox"/> 4 Controllo dopo allontanamento capo positivo | <input type="checkbox"/> 10 Partecipazione a fiere/aste/mostre/altre concentrazioni di equidi              |
| <input type="checkbox"/> 5 Autorizzazione alla monta                   | <input type="checkbox"/> 11 Controllo sierologico su rintracci di capi da focolaio o positività al macello |
| <input type="checkbox"/> 6 sospetto sierologico                        |  |

PROVVEDIMENTI ADOTTATI DOPO NOTIFICA FOCOLAIO : abbattimento

detenzione e isolamento

**I. STATO SANITARIO DELL'AZIENDA PRIMA DEL RILIEVO DEL FOCOLAIO**

(riferito alla struttura nella quale sono detenuti gli equidi)

1) Azienda già controllata in precedenza? SI   
NO

2) DATA ULTIMA PROVA SIEROLOGICA ...../...../.....

3) PRECEDENTI POSITIVITÀ SIEROLOGICHE IN ALLEVAMENTO (Ultimi 24 mesi )

NON NOTE

NO

SI

→ ANNO .....

n. capi controllati ..... n. capi positivi .....

**II. ANAMNESI AZIENDALE**

**4) SINTOMATOLOGIA RIFERIBILE AD ANEMIA INFETTIVA (PERIODO SUCCESSIVO ALL'ULTIMO CONTROLLO SIEROLOGICO NEGATIVO – IN CASO DI ASSENZA DI CONTROLLI, FARE RIFERIMENTO AGLI ULTIMI 24 MESI):**

NO  SI

4.1. **SE SI** SINTOMI RILEVATI NEGLI EQUIDI:

febbre

emorragie petecchiali

ittero

anemia

altro \_\_\_\_\_

edemi

affaticamento

sudorazione

dimagrimento rapido

4.2. **SE SI** indicare SPECIE E NUMERO DI EQUIDI SINTOMATICI:

CAVALLI N° \_\_\_\_\_

MULI N° \_\_\_\_\_

ASINI N° \_\_\_\_\_

BARDOTTI N° \_\_\_\_\_

4.3. **SE SI** PERIODO NEL QUALE SI SONO VERIFICATI I SINTOMI :

MESE..... ANNO .....

MESE..... ANNO .....

### III. CENSIMENTO E CARATTERISTICHE DELL'AZIENDA

#### 5) CENSIMENTO AZIENDALE

##### 5.1. EQUIDI (INDICARE SPECIE E NUMERO DEGLI EQUIDI PRESENTI)

Specie-categoria	Presenti		Numero
Cavalli - riproduttori maschi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli - fattrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli – castroni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Cavalli – maschi non riproduttori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini - riproduttori maschi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini - fattrici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini – castroni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Asini – maschi non riproduttori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Muli	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Bardotti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	

##### 5.2. ALTRI ANIMALI PRESENTI IN AZIENDA (INDICARE SPECIE E NUMERO DEGLI ANIMALI PRESENTI)

Specie	Presenti		Numero
Bovini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Bufali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Suini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Ovini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Caprini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	

#### 6) UBICAZIONE DELL'AZIENDA:

6.1. ZONA:     Urbana     rurale     mista

6.2. Coordinate Geografiche: Lat N.....Long E.....

6.3 ALTIMETRIA:     pianura     collina (fino a 500 mt)     montagna (>500mt)

#### 7) TIPOLOGIA DEL TERRITORIO NEL RAGGIO DI 500 MT DALL'AZIENDA (barrare 1 sola casella):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> esclusivamente urbano   | <input type="checkbox"/> agricolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> esclusivamente agricolo | <input type="checkbox"/> pascolo aperto              |
| <input type="checkbox"/> in zone boschive        | <input type="checkbox"/> pascolo con zone a macchia  |
| <input type="checkbox"/> altro _____             |  |

#### 8) TIPOLOGIA DEL TERRITORIO DOVE GLI EQUIDI SVOLGONO L'ATTIVITÀ/LAVORO(barrare max 2 caselle):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> esclusivamente urbano   | <input type="checkbox"/> agricolo con zone a macchia |
| <input type="checkbox"/> esclusivamente agricolo | <input type="checkbox"/> pascolo aperto              |
| <input type="checkbox"/> in zone boschive        | <input type="checkbox"/> pascolo con zone a macchia  |
| <input type="checkbox"/> altro _____             |  |

**9) MANTENIMENTO DEGLI EQUIDI DURANTE IL GIORNO (barrare 1 sola casella)**

All'esterno       in box       Box con accesso libero all'esterno

**10) PRESENZA DI ALTRE AZIENDE CHE DETENGONO EQUIDI NEL RAGGIO DI 500 METRI**

NO  SI

10.1. SE **SI** INDICARE LE AZIENDE CON EQUIDI, PRESENTI NEL RAGGIO DI 500 MT

Cod. Azienda	Proprietario	Lat. N	Long E	TIPOLOGIA AZIENDA
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L
				E F G H C D L

**11) Utilizzo di PASCOLO: NO  SI** 

11.1. SE **SI**:  Interno all'allevamento       Brado  
 Vagante       Altro \_\_\_\_\_

11.2. Se **SI**: il pascolo avviene in promiscuità, vicinanza, con equidi di altre aziende

sempre  spesso  talvolta  mai

11.3. SE **SI** INDICARE LE LOCALITÀ ED IL PERIODO IN CUI IL PASCOLO È STATO UTILIZZATO NEI 12 MESI PRECEDENTI L' INSORGENZA DEL FOCOLAIO (non compilare in caso di pascolo interno all'allevamento):

Località	Comune	Prov.	dal	al

**12) Equidi impiegati per LAVORO: NO  SI** 12.1. **SE SI** INDICARE IL TIPO DI LAVORO SVOLTO: Diporto  Trasporto materiale  Terapie assistenziali  Altro \_\_\_\_\_12.2. **SE SI:**  Interno dell'azienda  Esterno all'azienda12.3. **Se SI:** il lavoro avviene in promiscuità, vicinanza, con equidi provenienti da altre aziendesempre  spesso  talvolta  mai 12.4. **SE SI:** INDICARE LE LOCALITÀ ED IL PERIODO IN CUI GLI EQUIDI SONO STATI UTILIZZATI PER LAVORO NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INSORGENZA DEL FOCOLAIO:

Località	Comune	Prov.	dal	al

**IV. MISURE DI BIOSICUREZZA AZIENDALI****13) ADOZIONE DI MISURE SANITARIE**13.1 Sono stati introdotti nuovi soggetti negli ultimi 5 anni? NO  SI 

(se NO saltare a punto 14 )

13.2. Isolamento degli animali di nuova introduzione dal resto dell'effettivo, in locali separati (quarantena):

sempre  spesso  talvolta  mai 

13.3 Se si effettua quarantena, anche solo saltuariamente, indicare tempi medi di quarantena

numero giorni medi di quarantena = \_\_\_\_\_

13.4. Esecuzione del controllo sierologico per anemia infettiva degli animali di nuova introduzione;

sempre  spesso  talvolta  mai **14) INTERVENTI SUGLI ANIMALI IN AZIENDA**

14.1. le terapie e le profilassi (vaccinazioni) vengono effettuate dal veterinario aziendale?

sempre  spesso  talvolta  mai

14.2. i trattamenti antiparassitari vengono effettuati:

per via orale  con iniezioni

14.3. i trattamenti antiparassitari vengono effettuati:

una volta all'anno  più di una volta all'anno  solo in caso di necessità

14.4. successivamente all'ultimo controllo sierologico negativo (*in caso di assenza di controlli, considerare gli ultimi 24 mesi*) sono state praticate trasfusioni di sangue, o somministrazioni di emoderivati?

NO  SI

**15) RIPRODUZIONE (riferita alla stagione di monta precedente il riscontro di positività)**

- nessuna monta effettuata  Fecondazione artificiale  
 Monta naturale .... → stallone di proprietà   
→ stazione di monta

**V. RESIDENZIALITA' DEGLI EQUIDI (*tutti i soggetti*)**

**16) GLI EQUIDI RISIEDONO TUTTO L'ANNO NELL'AZIENDA? NO  SI**

16.1. **in caso di** movimentazioni temporanee queste avvengono (barrare 1 sola casella)

Almeno 1 volta l'anno  Da 2 a 5 volte l'anno  Più di 5 volte l'anno

16.2. le movimentazioni temporanee sono più frequenti nel periodo (barrare 1 sola casella)

novembre – maggio  giugno – ottobre  Tutto l'anno

16.3. le movimentazioni temporanee avvengono per il seguente motivo (barrare max 2 caselle)

- competizioni ippico/sportive e diporto  fiere-mercati-esposizioni  
 allenamento  lavoro stagionale  monta/fecondazione  
 altro \_\_\_\_\_

16.4. INDICARE I LUOGHI/AZIENDE DI **MOVIMENTAZIONE TEMPORANEA** NEI **12 MESI** PRECEDENTI L'INSORGENZA DEL FOCOLAIO (ivi compresi eventuali ricoveri per trattamenti veterinari):

Località	Comune	Azienda	Adozione misure biosicurezza		
			SI	NO	NON SO

### VI. MOVIMENTAZIONI DEGLI EQUIDI (*tutti i soggetti*)

17) negli ultimi 12 mesi sono stati introdotti **in via definitiva** nuovi equidi **da altre aziende**?

NO  SI  **Se SI** compilare tabella:

Specie	Numero capi	Comune	Provincia	Codice Azienda Provenienza

18) negli ultimi 12 mesi sono stati introdotti **in via definitiva** nuovi equidi da **fiere/mercati** ?

NO  SI  **Se SI** compilare tabella:

Specie	Numero capi	Comune	Provincia	Codice Azienda Provenienza

CRAIE – IZSLT

Via Appia Nuova 1411 – 00178 ROMA  
 Tel. +39 06 79099405 – +39 06 79099462  
 Fax: +39 06 79340724 - +39 06 79099462  
 Email: centroreferenzaaie@izslt.it



**20) USCITA DEFINITIVA DI ANIMALI**  
 (tra l'ultima prova sierologica negativa e la data della/e sieropositivita')

NO  SI       **Se SI** compilare tabella:

Specie	Numero capi	Comune	Provincia	Codice Azienda Destinazione

21. Osservazioni: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Il Veterinario**

Ora inizio intervista  
 .....

Ora fine intervista  
 .....

**SCHEDA SEGNALAMENTO ANIMALI PRESENTI NEL FOCOLAIO**

<b>N. progr.</b>	<b>Microchip/ n° passaporto</b>	<b>Specie</b>	<b>Razza</b>	<b>Sesso 1</b>	<b>Anno nascita</b>	<b>Data ultimo Test per AIE</b>	<b>Tipo prova 2</b>	<b>Esito 3</b>	<b>Data introduzione</b>	<b>Nazione di Provenienza *</b>	<b>Sintomi (SI/NO)</b>	<b>Data Ultimo test negativo</b>

\* indicare solo per i soggetti non sottoposti a controllo sierologico in Italia; \*\* periodo di riferimento successivo all'ultimo controllo sierologico

1: **M**=maschio **F**= femmina **C**=castrone

2: **E**=Elisa **A**=AGID

3: **P**=positivo **N**=negativo **D**=dubbio

Data (gg/mm/aa):

...../...../.....

Firma del detentore

.....

Firma del Veterinario

.....