

ATS: _____ DISTRETTO _____

COMUNE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____

CODICE AZIENDALE _____ **CODICE FISCALE** _____ **SPECIE ALLEVATA** _____

_____ **BOVINI** _____

Denominazione _____

Tipologia struttura _____ **Orientamento produttivo** _____

Indirizzo _____

Proprietario _____ **Detentore** _____

Codice Fiscale **proprietario** _____ **Codice Fiscale operatore** _____

Motivo **del prelievo:**

☐ 1 Controllo (visita clinica + sangue EDTA) movimentazione da vita	☐ 2 Visita clinica movimentazione macello	☐ 3 Visita clinica Movimentazione carcassa	☐ 4 Visita clinica Movimentazione letame/liquame/letti era	☐ 5 Altro: (specificare)	☐
---	---	--	--	--	--------------------------

N.	Codice identificativo dell'animale	Sesso	Data di nascita	Materiale inviato
1				☐ Sangue
2				☐ Sangue
3				☐ Sangue
4				☐ Sangue
5				☐ Sangue
6				☐ Sangue
7				☐ Sangue
8				☐ Sangue
9				☐ Sangue
10				☐ Sangue

LUMPY SKIN DISEASE

Scheda visita clinica e di accompagnamento campioni

N.	Codice identificativo dell'animale	Sesso	Data di nascita	Materiale inviato
11				☐ Sangue
12				☐ Sangue
13				☐ Sangue
14				☐ Sangue
15				☐ Sangue
16				☐ Sangue
17				☐ Sangue
18				☐ Sangue
19				☐ Sangue
20				☐ Sangue

Riportare gli identificativi auricolari completi dei capi nel campo “codice identificativo” e contrassegnare le provette con il numero progressivo

LUMPY SKIN DISEASE

Scheda visita clinica e di accompagnamento campioni

Data di prelievo dei campioni ____ / ____ / ____

DATA VISITA CLINICA: _____

ESITO VISITA CLINICA: _____

PRODOTTO E DATA INIZIO TRATTAMENTO INSETTO REPELLENTI: _____

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

Istituto Zooprofilattico Sperimentale / Sezione diagnostica di _____

Numero di registro generale IZS _____

Veterinario prelevatore _____

NOME e COGNOME VETERINARIO DELEGATO:

Firma del veterinario delegato (leggibile) _____

Timbro del veterinario delegato