PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015 (REV. 2021)

All'IZSLER Sezione di ……
All'Azienda USL di ……

Motivo del prelievo - **Controllo a seguito di caso umano**
Caso umano nel Comune di ..... **n° ..... /20.....***
* registrare in Darwin il n° caso umano/anno nel campo "Note all'accettazione".

- **Sospetto diagnostico (in presenza di sintomi)**

Materiale inviato ☐ Siero ☐ altro: _____

Esami richiesti ☐ Ricerca anticorpi per Leishmania ☐ PCR per *Leishmania infantum*

1. Dati del Veterinario

(timbro del veterinario che effettua il prelievo)	**Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria**

2.Dati del Cane (segnalamento)

MICROCHIP (obbligatorio – 15 cifre) Registrare in "Identificazione campioni"	Sesso	Taglia	Pelo	Anno nascita	Razza
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ M ☐ F	□ Piccola □ Media □ Grande	□ Raso □ Corto □ 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)**				

3. Anamnesi

Ricovero notturno	Convive con altri cani ?
□ all'aperto □ al chiuso	□ No □ Sì Quanti_____
Provenienza	**Spostamenti / viaggi che si ritiene utile segnalare al fine di ipotizzare dove è avvenuta l'eventuale infezione**
□ Italia Regione:_____ □ Estero Stato:_____	□ No □ Sì Dove: _____ Periodo _____

4. Sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi (indicare SEMPRE in caso di motivo prelievo "Sospetto diagnostico"):

Alterazioni ematochimiche		Linfoadenomegalia			Dermatite furfuracea		Pallore delle mucose
	epatiche		*poplitei*		Alopecia		Lesioni oculari
	renali		*prescapolari*		Ulcere		Congiuntivite
			retroscapolari		Onicogrifosi		Perdita di peso
			sistemica		Epistassi		Altro:_____

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

6. Vaccinazione per leishmania: □ No □ Sì- vaccino:_____ Data ultima vaccinazione: / /

Luogo e data:_____ Firma e Timbro