

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA TRIENNIO 2011-2014

All'IZSLER Sezione di

All'Azienda USL di

Registrazione motivo del prelievo

(8) Controllo a seguito di caso umano autoctono

(9) Conferma sospetto diagnostico

Materiale inviato

☐ Siero

☐ Sangue con anticoagulante

☐ 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%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																☐ 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
☐ Italia Regione _____ ☐ Estero Stato _____	☐ No ☐ Sì Dove: _____ Periodo _____

4. Sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi : ☐ No ☐ Sì (indicare)

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

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

Luogo e data

II VETERINARIO