



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Allegato n. 6: SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI**

ASL N. \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Codice Allevamento \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_  
Proprietario \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
N. complessivo capi presenti (esclusi lattinzoli) \_\_\_\_\_ N. riproduttori \_\_\_\_\_

ID MATTATOIO: \_\_\_\_\_

Analisi di laboratorio per **Peste Suina Africana** ☐

Richiesta analisi e motivo del prelievo (barrare con una croce le voci interessate nella colonna a sx):

PSA	
<input type="checkbox"/>	Controllo per qualifica
<input type="checkbox"/>	Sospetto di malattia
<input type="checkbox"/>	Zona protezione
<input type="checkbox"/>	Zona sorveglianza
<input type="checkbox"/>	Movimentazione

<input type="checkbox"/>	Precedente positività
<input type="checkbox"/>	Prelievo in abbattimento
<input type="checkbox"/>	Suini sentinella
<input type="checkbox"/>	Macellazione
<input type="checkbox"/>	Macellazione in deroga
<input type="checkbox"/>	Macellazione uso famiglia

Identificazione suini	Categoria	Identificazione suini	Categoria	Identificazione suini	Categoria
1		21		41	
2		22		42	
3		23		43	
4		24		44	
5		25		45	
6		26		46	
7		27		47	
8		28		48	
9		29		49	
41		30		50	
42		31		51	
43		32		52	
44		33		53	
14		34		54	
15		35		55	
16		36		56	
17		37		57	
18		38		58	
19		39		59	
20		40			

Tipo di campione:	Siero N. _____	Tonsille N. _____	Feci N. _____
	Sangue N. _____	Rene N. _____	Epitelio N. _____
	Milza N. _____	Linfonodi N. _____	Altro ( _____ ) N. _____

Data: \_\_\_\_\_

Veterinario operatore (Timbro e firma)