



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 10: MODELLO DI DENUNCIA DI SOSPETTO O DI CONFERMA DI PSA/PSC

AZIENDA SANITARIA LOCALE N° _____ DI _____ SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE	
Indirizzo _____	tel. _____ fax _____
Data ____/____/____	Protocollo n. _____

OGGETTO: segnalazione di malattia infettiva trasmissibile

Comunicazione del sospetto ☐ _conferma ☐

Ai sensi dell'art. 3 dell'O.M. 6 ottobre 1984, si comunica il **sospetto/conferma** di **Peste Suina** ☐
 riscontrato in data _____ nell'allevamento della specie _____ di proprietà del sig. _____
 _____ telefono _____ codice aziendale _____
 _____ località _____,
COMUNE DI _____,

provincia di _____ ubicazione dell'azienda: **LAT.** _____ **LONG.** _____ **ALT.** _____

MISURE DI LOTTA APPLICATE:

☐ prescrizione sanitaria di sequestro cautelativo
☐ ordinanza di sequestro e abbattimento n. _____ del _____
 DATA ABBATTIMENTO/DISTRUZIONE (anche prevista) ____/____/____

SOSPETTO IN: **ALLEVAMENTO** ☐
MACELLO ☐* Ubicazione azienda di origine come sopra
 descritto
MEZZO DI TRASPORTO ☐* Ubicazione azienda di origine come sopra
 descritto
SELVATICO ☐

Motivo del sospetto: Sieropositività ☐ Sintomi clinici ☐ Correlazione epidemiologica ☐

1) CATEGORIA	2) N° suini totali	Di cui:		5) N° suini abbattuti
		3) N. malati	4) N. morti	
Riproduttori				
Ingrasso				
Lattonzoli				
TOTALE				

Distanza dall'azienda più vicina: _____

Allevamento sito in zona di protezione ☐ - sorveglianza ☐ - epidemiologicamente correlato ☐ - relativamente al focolaio: _____ codice az. _____ **

****N.B. nei focolai secondari, compilare obbligatoriamente indicando la correlazione (nome e codice)**

Il Veterinario Ufficiale (timbro e

firma)

METODO/I UTILIZZATO/I PER LA CONFERMA/ESCLUSIONE: _____

rapporto di prova n. ____ del _____ ☐ positivo ☐ negativo per ☐PSC ☐PSA

Data _____ Protocollo n. _____

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)