



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**OGGETTO:** segnalazione di malattia infettiva trasmissibile

**Comunicazione del sospetto** ☐

Ai sensi dell'art. 3 dell'O.M. 6 ottobre 1984, si comunica il **sospetto** 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:**

☐ ordinanza di sequestro cautelativo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
☐ 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				
<b>TOTALE</b>				

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:** \_\_\_\_\_  
rapporto di prova n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ☐ positivo ☐ negativo per ☐ **PSC** ☐ **PSA**  
Data \_\_\_\_\_ Protocollo n. \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)