



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 18: VISITE CLINICHE EFFETTUATE IN AZIENDE SUINE PER IL RILIEVO DI SINTOMI RIFERIBILI A PESTI SUINE

ZONA DI PROTEZIONE ☐ ZONA DI SORVEGLIANZA (1° visita) ☐ ZONA DI SORVEGLIANZA (2° visita) ☐ PER PSA ☐ PSC ☐

RELATIVA AL FOCOLAIO: _____

COD. AZIENDALE _____ COMUNE DI _____ ASL N. ____ DI _____

CODICE AZIENDALE	DATA VISITA	DENOMINAZIONE AZIENDA	LATITUDINE	LONGITUDINE	NUMERO CAPI PRESENTI ALL'ATTO DELLA VISITA	NUMERO CAPI VISITATI	NUMERO CAPI TESTATI SIEROLOGICAMENTE	POSITIVI N.	PRESENZA DI SINTOMI
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tutti i prelievi sierologici eseguiti hanno dato esito negativo.

Il Veterinario Ufficiale