



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 8: MODELLO DI DENUNCIA DI SOSPETTO O DI CONFERMA DI PESTE SUINA/MVS

<b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b> <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		
Data ____/____/____ Protocollo n. _____		
<b>Al Ministero della Salute</b> Direzione Generale Sanità Animale e Farmaco Veterinario – Uff. VIII - ROMA  <b>FAX 06-59946185</b>	<b>All' Assessorato Igiene e Sanità</b> Servizio Prevenzione CAGLIARI  <b>FAX 070-6065280</b>	<b>All'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale</b> CAGLIARI  <b>FAX 070-6848246</b>

**OGGETTO:** segnalazione di malattia infettiva trasmissibile

**Comunicazione del sospetto**

**Malattia vescicolare del suino** ☐

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)