

ALLEGATO 3

(Art. 5)

QUESTIONARIO PER IL RIPOPOLAMENTO DI FOCOLAI DI SCRAPIE

Nota: Il questionario al potenziale venditore deve essere compilato in tutte le sue parti.

Proprietario/ragione sociale _____

Indirizzo _____ comune _____

Provincia: _____ AZ. U.S.S.L.: _____ Codice allevamento Specie presenti: Ovini numero capi adulti _____ Caprini numero capi adulti _____

Razze caprine presenti: _____

Tipo di pascolo Stanziale Alpeggio

località _____

Quadro 1

Uno o più soggetti hanno presentato uno o più dei seguenti sintomi?.	
Dimagrimento progressivo	<input type="checkbox"/>
Alterazioni comportamentali	
Ipereccitabilità	<input type="checkbox"/>
Depressione	<input type="checkbox"/>
Sguardo assente	<input type="checkbox"/>
Apprensione	<input type="checkbox"/>
Alterazioni posturali	
Debolezza a carico degli arti	<input type="checkbox"/>
Portamento in basso della testa	<input type="checkbox"/>
Alterazioni nel movimento	
Atassia locomotoria	<input type="checkbox"/>
Dismetria/ipemetria (movimenti esagerati o incongrui)	<input type="checkbox"/>
Incapacità a rialzarsi	<input type="checkbox"/>
Alterazioni sensoriali	
Prurito (non attribuibile ad ectoparassiti)	<input type="checkbox"/>
Atteggiamenti e segni particolari	
Perdita di materiale alimentare dalla bocca	<input type="checkbox"/>
Scialorrea (non attribuibile a lesioni orali)	<input type="checkbox"/>
Tremori	<input type="checkbox"/>
Caduta a terra improvvisa	<input type="checkbox"/>

Quadro 2

Nel caso in cui tali sintomi siano stati osservati, indicare il numero di animali colpiti negli ultimi due anni:

Indicare la data (mese ed anno) di insorgenza dei sintomi del primo e dell'ultimo caso di malattia osservato

primo caso: mese anno ultimo caso: mese anno

Tali casi erano: concentrati in un breve arco di tempo (es. in un solo mese o stagione)
 distribuiti lungo tutto il periodo

Quadro 3

Indicare l'esito della malattia per tutti i casi riportati nel quadro 2:

morte	<input type="checkbox"/>	n. capi
guarigione	<input type="checkbox"/>	n. capi
mancata osservazione per macellazione/vendita	<input type="checkbox"/>	n. capi
sintomi in atto	<input type="checkbox"/>	n. capi

Quadro 4

Indicare la distribuzione in classi di età dei soli capi non guariti* riportati nel quadro 3.

<= 1 anno	<input type="checkbox"/>	n. capi
1 - 2 anni	<input type="checkbox"/>	n. capi
> 2 anni	<input type="checkbox"/>	n. capi

* Tra i non guariti, oltre naturalmente ai capi morti, vanno conteggiati anche i capi non osservati per macellazione/vendita ed i capi con sintomi in atto.

Quadro 5

Tra i soli casi di morte eventualmente segnalati nel quadro 3 il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi e l'evento morte è stato (in media):

< 1 settimana	<input type="checkbox"/>	n. capi
1 - 4 settimane	<input type="checkbox"/>	n. capi
> 4 settimane	<input type="checkbox"/>	n. capi

Annotazioni: _____

Data ___ / ___ / ___ Il Veterinario compilatore _____

Grazie per aver completato il presente questionario. Le risposte devono essere utilizzate per valutare l'eventuale presenza di scrapie nell'allevamento dal quale si otterranno i capi destinati al ripopolamento. Una volta compilato, una copia deve essere comunque inviata (per fax, se possibile, e quindi anche per posta ordinaria) al *Centro di Riferenza Nazionale per le Encefalopatie animali*, Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Via Bologna 148, 10154 Torino. Numero FAX: 011-248 77 70.

99A4102