



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

al Decreto N. 45
del 23/09/2010

**PIANO REGIONALE DI RISANAMENTO DALLE
MALATTIE DA LENTIVIRUS DEGLI ALLEVAMENTI
CAPRINI 2010-2012**

Data di compilazione: _____

ANAGRAFE DELL'AZIENDA:

ASL: _____ **COMUNE:** _____ **PROVINCIA:** _____

CODICE AZIENDALE: _____

DENOMINAZIONE: _____

PROPRIETARIO: _____

CODICE FISCALE O PARTITA IVA: _____

LOCALITA': _____ **LAT.** _____ **LONG.** _____ **ALT.** _____

GENERALITA' DELL' AZIENDA

| TIPOLOGIA DELL' AZIENDA | RIMONTA | % |
|-------------------------|---------|----------------------|
| Latte | Interna | <input type="text"/> |
| Carne | Esterna | <input type="text"/> |
| Misto | Mista | <input type="text"/> |

STRUTTURA DELL' AZIENDA

Stabulazione fissa
Stabulazione libera
Mista
Presenza di paddocks esterni
Pascolo

TRANSUMANZA

L'allevamento pratica la transumanza?
Sì No

Se sì verso che località _____

Data ultima
TRANSUMANZA: _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

al Decreto N. 45
del 23/09/2010

RAZZA ALLEVATA :

**Il pascolo é in comune
con altri greggi?**

Sì

No

TIPO DI FECONDAZIONE:

SOMMINISTRAZIONE COLOSTRO

Naturale
Artificiale
Mista

%

| |
|--|
| |
| |
| |

Naturale
Artificiale
Pool di colostro

%

| |
|--|
| |
| |
| |

TIPO DI APPROVIGIONAMENTO IDRICO

ALLATTAMENTO DEI CAPRETTI

Pozzo
Canale
Acquedotto

Naturale
Artificiale

MUNGITURA

CONDIZIONI IGIENICO SANITARIE

Manuale
Meccanica

Buone
Medie
Scadenti

VALUTAZIONE DELLO STATO DI NUTRIZIONE DEGLI ANIMALI ADULTI

Scadente

Sufficiente

Buono

| CAPRINI PRESENTI IN AZIENDA | | OVINI PRESENTI IN AZIENDA | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| CAPRE PLURIPARE | | PECORE PLURIPARE | |
| CAPRE PRIMIPARE | | PECORE PRIMIPARE | |
| BECCHI | | ARIETI | |
| CAPRETTI 0-3 MESI | | AGNELLI 0-3 MESI | |
| CAPRETTI 3-6 MESI | | AGNELLI 3-6 MESI | |
| TOTALE | | TOTALE | |



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

al Decreto N. 45
del 23/09/2010

ANAMNESI AZIENDA

Vengono effettuati regolarmente trattamenti antiparassitari? **Sì** **No**
Data ultimo trattamento _____

Vengono effettuate profilassi immunizzanti? **Sì** **No**
Se sì quali _____
Data ultimo trattamento _____

Vengono effettuati controlli per la ricerca di micoplasmi? **Sì** **No**
Data ultimo controllo _____ Esito: _____

Sono presenti patologie confermate da esami di laboratorio? **Sì** **No**
Indicare quali : _____

ANAMNESI SPECIFICA CAEV/MVV

Nell'azienda è presente una sintomatologia riferibile a CAEV/MVV ? **Sì** **No**
dal _____

Sintomi rilevati all'esame clinico e/o anatomo patologico:

ARTRITI **Sì** **No**
POLMONITI **Sì** **No**
MASTITI **Sì** **No**

E' stata rilevata sintomatologia nervosa nei soggetti giovani? **Sì** **No**
(3-6 mesi)

CONTROLLI SIEROLOGICI CAEV/MVV

| N° animali controllati | Data controllo | Esito (n.positivi/n.controllati) |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MOVIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

al Decreto N. 45
del 23/09/2010

INTRODUZIONE DI ANIMALI IN AZIENDA NEGLI ULTIMI TRE ANNI

| Matricola | Razza | Sesso | Anno nascita | Data introduz. | Provenienza* |
|-----------|-------|-------|--------------|----------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*mettere la provincia se l'animale proviene da una provincia diversa da quella dove è situato l'allevamento, mettere il Paese di provenienza se l'animale proviene dall'estero.

USCITE DALL' AZIENDA NELL'ULTIMO ANNO

| Matricola | Razza | Sesso | Anno nascita | Data uscita | Destinazione* |
|-----------|-------|-------|--------------|-------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*mettere la provincia se l'animale è stato spostato in una provincia diversa da quella dove è situato l'allevamento, mettere il Paese di destinazione se l'animale è stato inviato all' estero.

Nome e Cognome in stampatello del Veterinario compilatore:

Firma:_____

OSSERVAZIONI

