



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'Assessore

DECRETO N. 69

DEL 18/12/2012

**Allegato n. 7: MODELLO DI DENUNCIA DI SOSPETTO O DI CONFERMA DI PSA/PSC**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**  
**SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Protocollo n. \_\_\_\_\_

<b>Al Ministero della Salute</b> Direzione Generale Sanità Animale e Farmaco Veterinario – Uff. VIII - ROMA  <b>FAX 06-59943614</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**

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   
 descritto MACELLO \* Ubicazione azienda di origine come sopra  
 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)