



Allegato 2: NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA O TRASMISSIBILE

artt. 8 e 12 R.P.V. (D.P.R. n. 320/54), art. 3 Direttiva 82/894/CE e s.m., artt. 3-6 O.M. 06.10.1984

ASL n. _____ di _____ Distretto _____ Servizio _____

- Al Sindaco del Comune di _____ Fax: _____
 All'Assessorato Regionale Igiene e Sanità – Servizio Prevenzione Fax: **070/6065280**
 Al Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali Fax: **06/59986185**
 _____ Fax: _____

Data ___/___/_____* Protocollo n. _____

Notifica di malattia infettiva/trasmissibile

Si notifica il **sospetto** la **conferma** di _____*
 nel **Comune di** _____*

codice aziendale _____* specie _____* del sig. _____*
 ubicazione*: località _____ LAT. _____ LONG. _____ ALT. _____
 data sospetto* ___/___/___ data presunta di introduzione della malattia in azienda* ___/___/___

Sospetto in: AZIENDA PERTINENZA AZIENDALE PASCOLO COMUNALE MACELLO
 SELVATICO ANIMALI VAGANTI

Motivo del sospetto: Sintomi clinici esiti di laboratorio Correlazione epidemiologica

Censimento alla data del 1° accertamento (riferito all'intera azienda): ___/___/___

SPECIE	n. capi totali*	n. capi con sintomi*	n. capi positivi a test lab.	n. capi morti*

Data della conferma*: ___/___/___ Metodo utilizzato* _____ rapporto di prova n. _____

Focolaio: primario* secondario* , correlato epidemiologicamente a: (codice az.) _____ Distanza
 dall'azienda più vicina*: _____ **Origine della malattia*** (accertata/presunta): _____

altre osservazioni: _____

MISURE SANITARIE ADOTTATE* (parte da compilare solo in caso di invio alla Regione e al Ministero):

- notifica/ordinanza di sequestro cautelativo n. _____ del ___/___/___
 ordinanza di sequestro e abbattimento/macellazione n. _____ del ___/___/___
 - Termine temporale/data prevista* per macellazione/abbattimento capi infetti/positivi: ___/___/___
 - Data stimata* per distruzione capi abbattuti: ___/___/___
 si propone adozione di provvedimento regionale di: **z.p.** di _____ km di raggio; **z.s.** di _____ km di raggio

Il Veterinario Ufficiale* (timbro e firma leggibile)

Contatti di riferimento: Dr. _____ tel. _____/_____ fax _____/_____
 cell. _____ email _____



Allegato 4: NOTIFICA DI ESCLUSIONE DI MALATTIA INFETTIVA O TRASMISSIBILE

Artt. 8 e 16 R.P.V. (R.D. n. 320/54), art. 3 Direttiva 82/894/CE e s.m., art. 5 O.M. 06.10.1984

ASL n. _____ di _____ Distretto _____ Servizio _____

- Al Sindaco del Comune di _____ Fax: _____
- All'Assessorato Regionale Igiene e Sanità – Servizio Prevenzione Fax: **070/6065280**
- Al Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali Fax: **06/59986185**
- _____ Fax: _____

Data ___/___/_____

Protocollo n. _____

Revoca misure sanitarie in seguito a sospetto non confermato di malattia diffusiva

Si notifica la revoca del sospetto di _____

nel **Comune di** _____

già notificato in data ___/___/_____ con prot. n. _____

codice aziendale _____ specie _____ del sig. _____

Metodo di diagnosi utilizzato _____ rapporto di prova n. _____ del ___/___/_____

con esito **NEGATIVO**.

MISURE SANITARIE ADOTTATE:

notifica/ordinanza di sequestro cautelativo n. _____ del ___/___/_____

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma leggibile)

Contatti di riferimento: Dr. _____ tel. _____/_____ fax _____/_____

cell. _____ email _____