

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA

All'IZSLER Sezione di

All'Azienda USL di

Motivi di prelievo (8) Controllo a seguito di caso umano autoctono
(9) Conferma sospetto diagnostico

Materiale inviato Siero Sangue con anticoagulante altro: _____

Esami richiesti Ricerca anticorpi (immunofluorescenza) per Leishmania
 PCR per *Leishmania infantum*

1. Dati del Veterinario

<i>(timbro del veterinario che effettua il prelievo)</i>	Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

2. Dati del Cane (segnalamento)

Microchip/Tatuaggio (obbligatorio)	Sesso	Taglia	Pelo	Anno nascita	Razza														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> lungo		
Nome del cane	Indirizzo di detenzione del cane																		
Nome e cognome del proprietario	Indirizzo del proprietario (se diverso da quello di detenzione del cane)																		

3. Anamnesi

Ricovero notturno	Convive con altri cani ?
<input type="checkbox"/> all'aperto <input type="checkbox"/> al chiuso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Quanti _____
Provenienza	Spostamenti / viaggi
<input type="checkbox"/> Italia Regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Stato _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Dove: _____ Periodo _____

4. Sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi : No Sì (indicare)

Alterazioni ematocliniche	Linfoadenomegalia	Dermatite furfuracea	Pallore delle mucose
<i>epatiche</i>	<i>poplitei</i>	Alopecia	Lesioni oculari
<i>renali</i>	<i>prescapolari</i>	Ulcere	Congiuntivite
	<i>retroscapolari</i>	Onicogrifosi	Perdita di peso
	<i>sistemica</i>	Epistassi	Altro: _____

5. Terapie effettuate (indicare date e prodotti utilizzati) _____

Luogo e data

II VETERINARIO