

## 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> | <b>Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria</b> |
|--|--|

**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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> |   |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Piccola<br><input type="checkbox"/> Media<br><input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Raso<br><input type="checkbox"/> Corto<br><input type="checkbox"/> lungo |  |  |
|   |   |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |
| <b>Nome del cane</b>  | <b>Indirizzo di detenzione del cane</b>   |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |
|   |   |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |
| <b>Nome e cognome del proprietario</b>  | <b>Indirizzo del proprietario (se diverso da quello di detenzione del cane)</b> |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |
|   |   |        |      |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |

**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 _____<br><input type="checkbox"/> Estero Stato _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Dove: _____<br>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