



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
ASSESSORATO DELLA DIFESA DELL'AMBIENTE

L'Assessore

**Allegato 4 - Peste Suina: scheda ASL di segnalamento cinghiali**

COMUNE \_\_\_\_\_ COMPAGNIA DI CACCIA \_\_\_\_\_

RESPONSABILE SIG. \_\_\_\_\_ Giornata di caccia (data): \_\_\_\_\_

LOCALITA' \_\_\_\_\_ Areale N. \_\_\_\_\_ Lat \_\_\_\_\_ Long. \_\_\_\_\_

(se ricorre il caso) Zona infetta di: \_\_\_\_\_

	N. acc. IZS	Età (mesi)*				Sesso		Tipo Campione		
		0 molari	1molare	2molari	3 molari	M	Gravida	Sangue	Milza	Altro
1		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
2		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
3		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
4		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
5		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
6		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
7		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			
10		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						F <input type="checkbox"/>	N.feti: _____			

\* Per la determinazione dell'età rilevare sulla mandibola il numero di molari; tali denti, che in senso antero-posteriore occupano le posizioni dal 4° al 6° posto, si distinguono per avere due file di cuspidi (punte).

	<b>0 molari (solo premolari): 0-6 mesi</b>		<b>1molare: 6-18 mesi</b>
	<b>2molari: 18-30 mesi</b>		<b>3 molari: oltre 30 mesi</b>

Data: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)