

WEST NILE DISEASE

PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO 2013

SCHEDA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER WEST NILE DISEASE NEGLI EQUIDI

Parte precompilata utilizzando il modello stampato da BDN

TIPOLOGIA STRUTTURA (Allevamento/Ippodromo) _____

CODICE AZIENDALE (DPR 317/96) _____

CODICE FISCALE _____

SPECIE ALLEVATA _____

Denominazione: _____

Proprietario dell'allevamento: _____

Via/Località/Comune/Prov: _____

Coordinate geografiche [se assenti è obbligatorio il loro rilievo e registrazione in BDN]:

LATITUDINE: _____

N

LONGITUDINE: _____

E

ALTRE AZIENDE DEL MEDESIMO PROPRIETARIO:

Tipologia struttura	Codice azienda	Denominazione	Via/località	Comune (Provincia)	Specie allevata

Numero totale equidi presenti in azienda _____ di cui:

cavalli

N° _____ di cui vaccinati per WND N° _____

asini

N° _____

muli/bardotti

N° _____

Numero di equidi con sintomi clinici e/o positivi ad accertamenti di laboratorio per WND

Equidi	Con sintomi clinici	Testati con esami di laboratorio	Positivi a ELISA (IgM)	Positivi a ELISA (IgG)	Positivi a SN	Positivi a PCR	Positivi a isolamento
Cavalli							
Asini							
Muli/bardotti							

WEST NILE DISEASE

PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO 2013 SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER WEST NILE DISEASE NEGLI EQUIDI

DATI ANAMNESTICI E CLINICI

(compilare una scheda per ogni singolo caso confermato)

Nome del cavallo _____ Microchip _____

Il cavallo è stato in zone dove è stata segnalata la malattia? **Si** **No**

Se SI indicare la zona di provenienza, il periodo durante il quale l'animale ha soggiornato nella zona dove era stata segnalata la malattia

Regione	Provincia	Comune	Dal	Al

Il cavallo è vaccinato per WND? **Si** **No** se SI in data/...../.....
[inserire la data più recente in caso di inoculazioni multiple]

¹ L'Ordinanza 5 novembre 2008 definisce «equide sospetto di West Nile Disease»: un equide che, nel periodo di attività dei vettori, presenta atassia locomotoria o morte improvvisa in zona a rischio oppure un equide che, nel periodo di attività dei vettori, presenta almeno uno dei seguenti sintomi: movimenti in circolo, incapacità a mantenere la stazione quadrupedale, paralisi/paresi agli arti, fascicolazioni muscolari, deficit propriocettivi. Tali sintomi possono essere accompagnati da debolezza degli arti posteriori, cecità, ptosi del labbro inferiore, o paresi dei muscoli labiali o facciali, digrignamento dei denti. Deve essere considerato come sospetto di encefalomielite di tipo WN anche un risultato sierologico positivo in assenza di sintomatologia clinica.
«conferma del sospetto diagnostica»: avviene quando i campioni prelevati dall'equide sospetto risultano positivi ad uno o più esami di laboratorio di conferma effettuati dal CESME.

WEST NILE DISEASE

PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO 2013 SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER WEST NILE DISEASE NEGLI EQUIDI

Dati clinici sui casi di sindrome neurologica centrale o periferica

Data inizio sintomatologia/...../.....

Descrizione e classificazione dei disturbi nervosi osservati

- Alterazione dello stato mentale
- Ipereccitabilità
 - Depressione
 - Stupore
 - Digrignamento dei denti
- Alterazione della postura
- A carico della testa
- Abbassamento
 - Deviazione laterale
 - Opistotono
- A carico del tronco
- Scoliosi
 - Lordosi
 - Cifosi
- A carico degli arti
- Appoggio su base più ampia
 - Debolezza arti posteriori
 - Incapacità a mantenere la stazione

Alterazioni nel movimento

- Deficit propriocettivi
- Malposizionamento degli arti
 - Trascinamento degli arti
- Paresi/plegia
- Monoparesi/plegia
 - Paraparesi/plegia
 - Tetraparesi/plegia
- Dismetrie
- A carico degli arti (iper-ipometria)
 - A carico della testa
- Movimenti anomali
- Tremori
 - Mioclonie
- Altro
- Ipereccitabilità
 - Depressione
 - Stupore
 - Digrignamento dei denti

- Alterazioni sensoriali
- Disturbi visivi (non attribuibili a traumi)
 - Cecità
 - Prurito (non attribuibile ad ectoparassiti)

Data _____ Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____