

WEST NILE DISEASE - PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO 2010**SCHEDA W04****Sorveglianza sindromica Equidi
Scheda di accompagnamento campioni**

AZIENDA USL: _____

COMUNE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____

DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO**ALLEVAMENTO DI EQUIDI (parte precompilata)**

Cod. Azienda: _____ Specie: _____

Coordinate geografiche: Latitudine: |_|_|. |_|_|_|_|_|_| N Longitudine |_|_|. |_|_|_|_|_|_| E

Via/Frazione: _____

Proprietario: _____

Codice Fiscale: _____

DATI RELATIVI AL CAPO

Identificazione del soggetto	Sesso (M/F)	Anno di nascita	Sintomatologia nervosa SI / NO	Tessuti prelevati
Nome:				<input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Microchip/Passaporto:				

Anamnesi: _____

Esami richiesti:

Data prelievo _____ Firma _____