

INVIO CAMPIONI CHIROTTERI

CENTRO REFERENZA NAZIONALE PER LA RABBIA

REGIONE _____	PROVINCIA _____	ASL N. _____
<u>PRELEVATORE</u>		
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Servizio veterinario ASL <input type="checkbox"/> Polizia provinciale <input type="checkbox"/> Personale del CRAS _____	
Tel. _____	<input type="checkbox"/> Personale della staz. forestale _____ <input type="checkbox"/> Personale specializzato in chiroterri _____ <input type="checkbox"/> Altro _____	

<input type="checkbox"/> Ritrovamento occasionale	<input type="checkbox"/> Ritrovamento in colonia	<input type="checkbox"/> Animale ricoverato (CRAS-veterinario)
<input type="checkbox"/> Animale con sintomatologia sospetta	<input type="checkbox"/> Animale morsicatore (persona/animale)	<input type="checkbox"/> Animale che ha avuto contatto diretto (con persona/animale)

ANIMALE INVIATO (compilare una scheda per ogni animale)

Specie _____	
Metodo di determinazione della specie <input type="checkbox"/> Morfologica <input type="checkbox"/> Genetica (indicare marker) _____	
Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Età <input type="checkbox"/> Lattante <input type="checkbox"/> Giovane (nato nell'anno) <input type="checkbox"/> Adulto
Stato fisiologico <input type="checkbox"/> Riproduttivo <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Lattazione	
Animale di proprietà <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Colonia parco zoologico _____	
Dati relativi al proprietario dell'animale:	
Nome e Cognome _____	Indirizzo: _____ n. _____
Comune _____	Prov _____ Tel _____

Luogo del ritrovamento: Località _____ Indirizzo _____ n. _____ Comune _____	Tipo di ritrovamento: <input type="checkbox"/> Trovato morto <input type="checkbox"/> Animale investito <input type="checkbox"/> Animale soppresso <input type="checkbox"/> Altro _____
---	--

Tipologia di roost (se noto):	
<input type="checkbox"/> Edificio ad uso domestico	<input type="checkbox"/> Edificio pubblico _____ <input type="checkbox"/> altro _____
Colonia <input type="checkbox"/> maternale <input type="checkbox"/> svernamento	<input type="checkbox"/> altro _____
Presenza di altre specie <input type="checkbox"/> Sì _____ <input type="checkbox"/> No	

Presenza di sintomi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Modifiche del comportamento	<input type="checkbox"/> Difficoltà/incoordinazione nel volo <input type="checkbox"/> Aggressività
<input type="checkbox"/> Paralisi	<input type="checkbox"/> Altro _____
Presenza di lesioni Tipo _____	
L'animale: <input type="checkbox"/> ha morsicato <input type="checkbox"/> è venuto a contatto con	
<input type="checkbox"/> Persona	Sig. _____ tel. _____
<input type="checkbox"/> Animale	Specie: _____

Eventuali osservazioni _____

Data abbattimento/ritrovamento _____ Firma _____