

INVIO CAMPIONI CHIROTTERI

CENTRO REFERENZA NAZIONALE PER LA RABBIA

Regione _____	Provincia _____	ASL _____
Prelevatore _____		Telefono _____
<input type="checkbox"/> Servizio veterinario ASL	<input type="checkbox"/> Personale della staz. forestale _____	
<input type="checkbox"/> Polizia provinciale	<input type="checkbox"/> Personale specializzato in chiroterri _____	
<input type="checkbox"/> Personale del CRAS _____	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Tipo di ritrovamento			
<input type="checkbox"/> Ritrovamento occasionale	<input type="checkbox"/> Ritrovamento in colonia	<input type="checkbox"/> Animale ricoverato (CRAS-veterinario)	
<input type="checkbox"/> Trovato morto	<input type="checkbox"/> Animale investito	<input type="checkbox"/> Animale soppresso	<input type="checkbox"/> Altro _____

ANIMALE INVIATO (compilare una scheda per ogni animale)

Specie: _____	Metodo di determinazione: <input type="checkbox"/> Morfologica <input type="checkbox"/> Genetica (marker) _____
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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 _____	
Proprietario _____ Telefono _____	
Abitazione via _____ n. _____ Comune _____ Prov _____	

Luogo del ritrovamento:	Coordinate geografiche:
Località _____	Latitudine: _____
Indirizzo _____ n. _____ Comune _____	Longitudine: _____

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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 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 _____