

MODULO PER RICHIESTA ESAME TRICHINOSCOPICO

REGIONE SARDEGNA

SERVIZIO VETERINARIO DI _____

ASSL _____

Oggetto: Ricerca larve di Trichinella spp

Il Sottoscritto _____, invia n° _____ campioni di tessuto muscolare (1) per la ricerca di larve di trichinella spp. col metodo della digestione artificiale, prelevati in carcasse di:

☐ SUINI DOMESTICI	☐ EQUIDI (Specificare) _____	☐ CINGHIALI	☐ VOLPI	☐ ALTRE SPECIE _____
--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

☐ Regularmente macellati ☐ ritrovati in data _____

(1) Sede anatomica del prelievo:

☐ Pilastro del diaframma	☐ Massetere	☐ Lingua	☐ Muscoli Addominali	☐ Diaframma prossimo alle coste e allo sterno	☐ Altri muscoli
---	------------------------------------	---------------------------------	---	--	--

Motivo del prelievo:

☐	Macellazione uso famiglia (utilizzare un modulo per singolo proprietario)
☐	Macellazione nello stabilimento della ditta _____ CE IT _____ *
☐	Macellazione in stabilimento riconosciuto annesso ad agriturismo *
☐	Macellazione in locale polifunzionale annesso ad agriturismo
☐	Ritrovati morti

*Indicare il numero CE di riconoscimento

Dettagli del prelievo:

Progr. Pool	N° campioni	Proprietario degli animali ID Fiscale	Codice Aziendale	Comune	Categoria*				ID Capo (solo per riproduttori suini o Equidi)
			IT		..	LTT		SCR	
						MGN		SCF	
						MGR		VRR	
						GRS			
			IT			LTT		SCR	
						MGN		SCF	
						MGR		VRR	
						GRS			
			IT			LTT		SCR	
						MGN		SCF	
						MGR		VRR	
						GRS			
			IT			LTT		SCR	
						MGN		SCF	
						MGR		VRR	
						GRS			

*Inserire obbligatoriamente il numero dei capi suini di una o più delle seguenti categorie: LTT-Lattonzoli Solo se >5 settimane), MGN-Magroncelli (da 5 settimane a 3mesi), MGR-Magroni, GRS-Grassi,SCR- Scrofe, SCF-Scrofette, VRR-Verri

_____, addì _____

Firma e timbro del Veterinario