



SCHEDA DI SEGNALAZIONE di POSITIVITA' alla LEISHMANIOSI

Ambulatorio _____

N° protocollo

Segnalamento:

- M
 MC

Proprietario _____ residenza _____
tel. _____

Razza: _____ Età in anni: _____ Sesso: _____
(scrivere meticcio se non di razza) (se sconosciuta inserire età indicativa)

F
 FC

Appartenenza: Di proprietà
 Randagio

Numero identificativo tatuaggio o micrichip: _____

Indirizzo residenza abituale o ritrovamento: _____

Abitualmente vive: In casa All'aperto
Abitualmente dorme: In casa All'aperto

Vive con altri cani: Sì
 No

Cane adibito a: Caccia/tartufo Compagnia/caneguida Guardia all'esterno
(indicare una sola categoria) Altro, specificare: _____

Porta il cane fuori regione? Sì
(percaccia, vacanze.....) No

Se sì dove è stato portato negli ultimi 2 anni? Con quale frequenza?
(per l'Italia indicare regione e provincia, per l'estero nazione e zona) _____

Utilizza regolarmente il collare antiparassitario? No
(sufficiente a garantire la protezione durante tutto il corso dell'anno) Sì, ma non specifico per vettori Leishmania
 Sì, specifico per vettori Leishmania
 Non so

Se sì, lo utilizza regolarmente da: Solo da quest'anno
 Da due anni
 Da tre cinque anni
 Da sei anni ed oltre

Non so

Sintomatologia clinica:

Perdita di peso	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Scarso appetito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linfoadenomegalia localizzata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Epistassi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linfoadenomegalia generalizzata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Lesioni oculari	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Compromissione dell'andatura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Lesioni cutanee: descrizione

Esami diagnostici specifici:

Esame parassitologico: <input type="checkbox"/>		Positivo	Negativo	Dubbio	Tessuto	Titolo
Citologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Istologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Esame sierologico: <input type="checkbox"/>						
IFI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altri esami:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Esami diagnostici aspecifici:

Umorale	Protidogramma		
	Albumine/Globuline		
	Elettroforesi		
Cellulare	CD4/CD8		
	Alterazioni emocromocitometrico		
Esame urine	PU/CU		<input type="checkbox"/> > 1 <input type="checkbox"/> < 1

TERAPIA PRESCRITTA:

Data

Firma