

Lista di controllo vigilanza strutture di ricovero per cani
(L.R. 27/2000)
Attività di verifica mensile

Ragione sociale:		
Via:		
Città:		
Legale rappresentante:		
Responsabile della struttura:		
Autorizzazione Sanitaria: n°	Tipologia: canile	Temporaneo <input type="checkbox"/>
del		Permanente <input type="checkbox"/>
Numero totale di cani ospitati:	Numero totale box:	

Anagrafe			
Introdotti nel mese di	n.		
Affidati nel mese di	n.		
Ritirati nel mese di	n.		
Il registro di carico e scarico è tenuto correttamente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Stato sanitario			
sono presenti animali feriti/malati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
i feriti e gli ammalati sono sottoposti a terapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
lo stato di nutrizione è buono	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Decessi nel mese di	n.		
Eutanasie nel mese di	n.		
Forme morbose (zoonosi) diagnosticate:			
Assistenza			
<i>Registrazioni dati sulle schede sanitarie:</i>			
le cause di morte/malattia sono registrate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
i trattamenti terapeutici sono registrati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Comportamento			
<i>Libertà di movimento:</i>	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente	
Se insufficiente motivare:			
Sgambamento quotidiano di tutti i cani	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Se no motivare:			
Comportamento generale:			
presenza di animali con stereotipie(movimenti di maneggio e leccamenti, ecc)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
è presente abbaiamento continuo in assenza di stimoli	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con manifestazioni di aggressività intraspecifica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>

presenza di soggetti con manifestazioni di aggressività interspecifiche (uomo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con iperattività	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con depressione del sensorio/sonnolenza iporeattivi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con ululato continuo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con automutilazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di animali con coprofagia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con dimagrimento cronico (anoressia)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti obesi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
presenza di soggetti con tremori muscolari, minzione emotiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
<i>Esito visita clinica comportamentale individuale di un campione dei cani:</i>			
Identificazione cane:	valutazione:		
Alimentazione:			
tipo di alimentazione:			
provenienza degli alimenti:			
Numero di razioni somministrate al giorno:			
gli animali hanno sempre a disposizione acqua pulita	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Gestione:			
i box sono mantenuti in condizioni igienico sanitarie adeguate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
le aree di sgambamento sono mantenute in condizioni igienico sanitarie adeguate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
i locali di preparazione degli alimenti sono mantenuti puliti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
<i>Interventi eseguiti nel mese</i>			
disinfestazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>

AREA TERRITORIALE VETERINARIA DI _____

Disinfezioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>
Derattizzazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	n.v. <input type="checkbox"/>

Azioni correttive: _____

Note _____

Prescrizioni _____

Il Responsabile della Struttura	Il Veterinario Ufficiale
---------------------------------	--------------------------