

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

	<p>LISTA di CONTROLLO CANILI RIFUGIO</p> <p>(L.R. 34/97, DGR 43/2010, DGR 866/2006, DGR 621/2016)</p>	<p>Data</p> <p>ASL</p>
---	---	--

DENOMINAZIONE STRUTTURA :	Timbro			
Sede legale Via: _____ Comune : _____				
Sede Operativa Via: _____ Comune: _____				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Canile pubblico <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Canile privato convenzionato <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 34%;">Canile privato <input type="checkbox"/> Ex 43 /2010</td> </tr> </table>	Canile pubblico <input type="checkbox"/>	Canile privato convenzionato <input type="checkbox"/>	Canile privato <input type="checkbox"/> Ex 43 /2010	
Canile pubblico <input type="checkbox"/>	Canile privato convenzionato <input type="checkbox"/>	Canile privato <input type="checkbox"/> Ex 43 /2010		
Rappresentante legale: Sig. _____				
Codice Fiscale : _____				
Detentore/Responsabile della struttura Sig. _____				
Direttore Sanitario : _____				
Autorizzazione Sanitaria n.° _____ del ...				

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

CONVENZIONATO con i Comuni di: (allegare eventuale elenco)		
Capienza massima del canile: Superficie mq....	n. cani	n. gatti
Numero box cani:	Singoli	Collettivi
Numero box gatti:	Singoli	Collettivi
N. box con finalità contumaciali (almeno 3%)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Planimetria della struttura che riporta la collocazione dei BOX/Aree	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

CONVENZIONI E AUTORIZZAZIONI			<i>Evidenze utili per valutare l'adeguatezza</i>
Riferimenti Normativi			
L.R. 34/97 art. 5	Autorizzazione smaltimento reflui	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Tipologia: Autoriz. Scarico <input type="checkbox"/>	AUA <input type="checkbox"/>	AIA <input type="checkbox"/>
		Asporto diretto <input type="checkbox"/>	
	Autorizzazione detenzione scorte farmaci	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Scorta impianto Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Scorta propria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Convenzione con ditta specializzata smaltimento carcasse	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
L.R. 34/97	Convenzione/Protocollo con Associazioni di Volontariato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
VALUTAZIONE delle STRUTTURE E ATTREZZATURE			
Servizi generali			
L.R. 34/97 art. 5	Presenza locali per uffici, attività adozioni, sala d'attesa, spogliatoi, servizi igienici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ufficio direzionale Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Locali per il personale Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Locale Deposito custodia attrezzi per disinfezione / prodotti lavaggio/disinfezione /disinfestazione Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impianto frigorifero per custodia animali Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L.R. 34/97 art. 5	Presenza locale infermeria per custodia cuccioli e cani ammalati o in degenza per la sterilizzazione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Il locale è inaccessibile al personale non autorizzato Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
BOX			
L.R.34/97 art. 5, nota prot. GR.445534/2010	Numero di box rapportato all'area territoriale interessata, di cui almeno il 3% destinato a finalità contumaciali; le dimensioni tengono conto dei criteri	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	n. cani presenti: n. gatti presenti : n. totale box cani :

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

	l'alimentazione e l'abbeveraggio		Presenza di ciotole rovesciate	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Presenza di acqua potabile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Presenza Box Cuccioli	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Numero box:		
ANAGRAFE					
DGR 43/2010	Presenza registro vidimato da ASL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presenza registro cartaceo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Presenza registro informatico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Il registro carico /scarico è tenuto correttamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			C'è corrispondenza tra dati registro e dati anagrafe?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
DGR 43/2010	Animali identificati regolarmente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Verifica iscrizioni in anagrafe animali d'affezione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Identificativo cani ospitati entrata Box	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linee guida Ministero Salute	Registrazione movimentazione animali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	n. cani introdotti nel mese di		
			n. cani adottati nel mese di		
			n. cani deceduti nel mese di		
SANITA' ANIMALE					
	Presenza schede sanitarie individuali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Le schede cliniche individuali sono compilate correttamente?		
			I trattamenti sono registrati in banca dati anagrafe canina?		
	Stato di salute degli animali garantito con controlli da parte del medico veterinario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visite e trattamenti sono riportate nelle schede cliniche?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Sono presenti animali feriti/ malati?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			I feriti o malati sono sottoposti a terapia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sono presenti animali denutriti/sottopeso ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

	Presenza Piano Sanitario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	E' trasmesso alla ASL per validazione ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Garantita reperibilità H24	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presenza procedura	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Valutazione della capacità di socializzazione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	La valutazione è riportata sulla scheda sanitaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Garanzia espressione di comportamento propria della specie	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sono presenti animali con stereotipie?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			È presente abbaiamento continuo in assenza di stimoli?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con manifestazione aggressività intraspecifica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con manifestazione aggressività interspecifica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con iperattività?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con automutilazione?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con ululato continuo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con dimagrimento cronico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti obesi?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Soggetti con tremori muscolari?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Soggetti con minzione emotiva?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
PIANO SORVEGLIANZA LEISHMANOSI CANINA				
DGR 473/2010 art. 7	Controllo su nuove introduzioni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sorveglianza Passiva su cani ospitati	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prelievo su sospetto clinico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Gestione casi dubbi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Controlli su cani sospetti IFI 1:40 -1:80	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trattamento individuale dei cani con applicazione misure antivettoriali individuali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Le misure antivettoriali sono utilizzate correttamente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Trattamento individuale dei cani con trattamento farmacologico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Verifica del trattamento farmacologico su cani positivi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Adozione cani infetti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Richiesta consenso informato consegnato all'adottante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

	Sgambamento e socializzazione animali		<p>Esistono procedure per l'accesso alle aree di sgambamento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Gli animali accedono alle aree sgambamento regolarmente durante le ore di pulizia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Gli operatori socializzano con gli animali? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
ALIMENTAZIONE			
	Alimentazione somministrata idonea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>E' presente un Piano alimentare? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sono utilizzate formulazioni commerciali? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Gli animali hanno a disposizione acqua pulita? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sono somministrati materiali di cat. 3 ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sono presenti sul pavimento avanzi di cibo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Gli avanzi sono smaltiti correttamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Valutare una % di soggetti e fornire giudizio su stato di nutrizione :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Scadente /malnutrito 2) Sufficiente 3) Buono 4) Obeso/sovrappeso
GESTIONE SOTTOPRODOTTI E ANIMALI MORTI			
Reg. CE 1069	Animali morti raccolti e refrigerati se non trasportati entro le 24 h.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>Le carcasse sono prelevate entro le 24 ore? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>I contenitori sono correttamente identificati? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>I contenitori sono conformi alle modalità di conservazione ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
Reg. CE 1069	Presenza documentazione smaltimento animali morti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	E' conservata la documentazione di trasporto degli ultimi 2 anni ?
	Compilazione corretta Certificati di decesso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p>Certificati di decesso sono compilati dal Direttore Sanitario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>È certificata la causa del decesso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Il decesso è puntualmente comunicato ai Servizi Veterinari e al Comune di appartenenza del cane? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

ESITO SOPRALLUOGO			
	PARERE FAVOREVOLE	Si <input type="checkbox"/>	
	PARERE VINCOLATO all'attuazione di prescrizioni	Si <input type="checkbox"/>	Adeguamenti strutturali Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adeguamenti gestionali Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prescrizioni : (allegare)
	PARERE SFAVOREVOLE	Si <input type="checkbox"/>	

VERBALIZZANTI	
Eventuale documentazione acquisita :	
Eventuali annotazioni :	
Sig./Dr.	Qualifica :
Firma	

LISTA di CONTROLLO

(L.R. 34/97, DGR 866/2006, DGR 43/2010, DGR 473/2010, DGR 621/2016)

Sig./Dr.	Qualifica :
Firma	
LEGALE RAPPRESENTANTE	
Eventuali dichiarazioni :	Firma: