Lista di controllo visita all’azienda secondo allegato 1 OMVet

**Azienda:** ................................................................................................................................

**Specie animale / numero di animali:** ..................................................................................

**Periodo di valutazione:** dal ……………………………….. al …………………………………..

**Impianti tecnici (FM/PMM):** [ ]  sì [ ]  no

**Frequenza di visita secondo la convenzione Mvet?** ...................... **volte/anno** ……………………………………………

**1. SALUTE DEGLI ANIMALI**

***Come è l’attuale stato di salute?*** ....................................................................................................................................

Nel periodo trascorso ci sono state frequenti indicazioni per terapie?

[ ]  malattie delle mammelle [ ]  malattie delle vie respiratorie [ ]  malattie gastrointestinali

[ ]  problemi di fertilità [ ]  malattie dell’apparato locomotorio [ ]  nessuna [ ]  altro: ...................................

Osservazioni: ......................................................................................................................................................................

Nel periodo trascorso sono state effettuate profilassi?

[ ]  nessuna [ ]  antibiotici: .........................................................................................................

[ ]  vaccinazioni: ......................................................…......................... [ ]  altro: ..............................................................

***Per quali indicazioni?***

[ ]  malattie delle mammelle [ ]  malattie delle vie respiratorie [ ]  malattie gastrointestinali

[ ]  problemi di fertilità [ ]  malattie dell’apparato locomotorio [ ]  nessuna [ ]  altro: ...................................

***In caso di rinuncia a una profilassi antibiotica, ci sono stati problemi di salute nell’effettivo?***

[ ]  sì [ ]  no [ ]  non applicabile

Osservazioni: .......................................................................................................................................................................

**2. IMPIEGO DI MEDICAMENTI**

***I medicamenti vengono impiegati secondo le istruzioni per l’uso (IU)?*** [ ]  sì [ ]  no

Osservazioni: ....................................................................................................................................................................

***Per i MVet della scorta o non utilizzati completamente ci sono le IU scritte?*** [ ]  sì [ ]  no

Osservazioni: ....................................................................................................................................................................

***Somministrazione di FM/PMM tramite impianti tecnici propri dell’azienda:***

***ci sono stati problemi/guasti nell’aggiunta di PMM e/o nell’impiego di FM?***

[ ]  sì [ ]  no [ ]  non applicabile

Osservazioni: ....................................................................................................................................................................

***La documentazione necessaria per l’impianto e il suo utilizzo è accessibile e corretta dal punto di vista di tempi e contenuti?***

- protocollo di idoneità [ ]  sì [ ]  no - protocollo di fabbricazione [ ]  sì [ ]  no

- protocollo di pulizia [ ]  sì [ ]  no - copie delle ricette [ ]  sì [ ]  no

- prove dei controlli della funzionalità (p. es. protocollo di servizio) [ ]  sì [ ]  no

**3. REGISTRAZIONE DELL’IMPIEGO DI MEDICAMENTI**

***Il giornale dei trattamenti e l’inventario sono leggibili, attuali e completi?*** *(Termine di conservazione: 3 anni)*

[ ]  sì [ ]  no Osservazioni: ...............................................................................................................................

**4. DEPOSITO DEI MEDICAMENTI**

***Le condizioni di deposito dei medicamenti sono corrette (pulizia, temperatura, luce, accesso, ecc.)?***

[ ]  sì [ ]  no Osservazioni: ..............................................................................................................................

***I medicamenti veterinari sono muniti di etichetta supplementare?***

[ ]  sì [ ]  no Osservazioni: ..............................................................................................................................

***Sono presenti medicamenti scaduti / non più utilizzabili?***  [ ]  sì [ ]  no

Osservazioni (anche riconsegna/smaltimento corretto):..............................................................................………………

***Sono presenti antibiotici per la profilassi e antibiotici critici per la scorta?*** [ ]  sì [ ]  no

Osservazioni: ........................................................................................................................................……………………

**5. POSSIBILITÀ DI MIGLIORAMENTO / PROVVEDIMENTI**

***Quali provvedimenti sono necessari per garantire l’impiego corretto dei medicinali nell’azienda?***

Osservazioni: ....................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................

Luogo, data: ........................................... Firma veterinario: ……............................................................................

Firma detentore di animali: .....................................................................