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: .....