

Checklist capi sanitari (*campi obbligatori)

Marca auricolare*		Nr tessera cacciatore	
--------------------------	--	------------------------------	--

Specie*	<input type="checkbox"/> camoscio	<input type="checkbox"/> cervo	<input type="checkbox"/> capriolo	<input type="checkbox"/> stambecco	<input type="checkbox"/> altro:
Sesso*	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Categoria di età					
Data e ora uccisione*					
Luogo uccisione*					
Coordinate*	LON		LAT		

Eventuali problemi sanitari o lesioni osservate sull'animale vivo

<input type="checkbox"/> Comportamento	
<input type="checkbox"/> Decubito, zoppia	
<input type="checkbox"/> Cecità	
<input type="checkbox"/> Altro	

Eventuali patologie osservate in sede di controllo

<input type="checkbox"/> Cute	
<input type="checkbox"/> Occhi	
<input type="checkbox"/> Mucose	
<input type="checkbox"/> Unghielli	
<input type="checkbox"/> Articolazioni	
<input type="checkbox"/> Cavità toracica	
<input type="checkbox"/> Cavità addominale	
<input type="checkbox"/> Organi interni	
<input type="checkbox"/> Altro	

Decisione*

capo sanitario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
capo confiscato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

--

Luogo e data:	
Il cacciatore:	
Il controllore:	