

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA VARROA IN FVG

Check-list

DATI AZIENDALI		
DENOMINAZIONE		
CODICE AZIENDA		
TIPO ATTIVITÀ	Produzione per commercializzazione/apicoltore professionista <input type="checkbox"/> Produzione per autoconsumo <input type="checkbox"/>	
INDIRIZZO SEDE LEGALE		
INDIRIZZO APIARIO VISITATO		
N. ALVEARI PRESENTI		
VERIFICA DOCUMENTALE (relativa almeno agli ultimi 12 mesi)		
È presente il registro dei trattamenti terapeutici previsto dall'art. 79 dlgs. 193/2006?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Il trattamento antivarroa estivo è stato registrato?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Il trattamento antivarroa autunnale- invernale è stato registrato?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Sono presenti i documenti di acquisto dei farmaci antivarroa?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
La registrazione dei trattamenti è effettuata in documenti diversi dal registro dei trattamenti farmacologici (manuale buona prassi)?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Sono state utilizzate tecniche apistiche per il controllo della varroa?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blocco di covata <input type="checkbox"/> Formazione di Nuclei <input type="checkbox"/> Favo trappola
La procedura dei metodi di lotta basati sulle tecniche apistiche utilizzati sono indicati nel manuale di buona prassi igienico-sanitaria?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	N. alveari interessati _____
Le tecniche apistiche hanno interessato tutti gli alveari dell'apiario?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
L'attività di monitoraggio per la valutazione dello stato di infestazione delle colonie è documentata?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
I trattamenti sono stati effettuati su tutti gli alveari dell'apiario?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	N. alveari trattati _____
Sono stati ruotati i principi attivi impiegati negli ultimi due anni?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
È stato applicato un trattamento con un acaricida di sintesi in abbinata ad un prodotto a base di timolo?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Il livello di infestazione particolarmente elevato è stato documentato?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
Il riscontro del livello di infestazione particolarmente elevato è stato comunicato al Consorzio di riferimento?	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
TRATTAMENTO ESTIVO		
Prodotto/i Antivarroa utilizzato/i		
Modalità di somministrazione		
Quantità di farmaco utilizzata		
Data inizio trattamento		
Data fine trattamento		
TRATTAMENTO AUTUNNO-INVERNALE		

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA

Prodotto/i Antivarroa utilizzato/i	
Modalità di somministrazione	
Quantità di farmaco utilizzata	
Data inizio trattamento	
Data fine trattamento	
CONTROLLO CLINICO	
N. ALVEARI Controllati	
API ADULTE	
Api con ali deformi e/o ali atrofiche	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Varroe in fase foretica sulle api	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Api con addome piccolo/deforme/atrofizzato	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COVATA	
Cannibalismo su larve o pupe	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Covata non compatta, a mosaico, sparsa	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Api morte con ali deformi nella covata opercolata/pupe morte/api a termine morte (emerge solo la testa con la ligula estroflessa)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Presenza di parassiti (femmine mature marrone, forme immature bianche)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Opercoli forati (piccoli fori)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Larve morte di colore marrone o marrone chiaro (assenza dell'aspetto filante tipico della peste americana)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Larve morte secche	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESITO DEL CONTROLLO	
FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> SFAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	
PRESCRIZIONI/AZIONI CORRETTIVE E SANZIONI	
NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE	
NOTE/OSSERVAZIONI DELL'APICOLTORE	
Preavviso (massimo 48 ore)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____ <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> altro _____
Data del primo controllo	
Rappresentante dell'azienda presente al sopralluogo (NOME COGNOME)	_____ FIRMA _____
Controllore	_____ TIMBRO E FIRMA _____
VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI	

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA

PRESCRIZIONI ESEGUITE	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data della verifica	
Rappresentante dell'azienda presente al sopralluogo (NOME COGNOME)	_____ FIRMA _____
Controllore	TIMBRO E FIRMA _____