DECISIONE DELLA COMMISSIONE

del 31 maggio 1989

recante modifica della decisione della Commissione del 30 gennaio 1985 che stabilisce i codici per la notifica delle malattie degli animali

(89/363/CEE)

LA COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE,

visto il trattato che istituisce la Comunità economica europea,

vista la direttiva 82/894/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1982, concernente la notifica delle malattie degli animali nella Comunità [1], modificata da ultimo dalla decisione 89/162/CEE [2], in particolare l'articolo 5,

vista la decisione 84/90/CEE della Commissione, del 3 febbraio 1984, che stabilisce il metodo codificato per la notifica delle malattie degli animali in applicazione della direttiva 82/894/CEE [3], modificata da ultimo dalla decisione 89/163/CEE [4],

considerando che, con la modifica della direttiva 82/894/CEE, sono state aggiunte alcune malattie all'elenco di quelle soggette a notifica nella Comunità;

considerando che i moduli codificati per la notifica delle malattie stabiliti dalla decisione 84/90/CEE sono stati successivamente modificati dalla decisione 89/163/CEE;

considerando che, con decisione del 30 gennaio 1985, la Commissione ha stabilito i codici per la notifica delle malattie degli animali [5]; che è stato possibile garantire la riservatezza delle informazioni ricorrendo a numeri di codice comuni;

considerando che è ora necessario indicare numeri di codice per le malattie aggiunte e per le informazioni ad esse relative, da utilizzare nei moduli codificati;

considerando che la decisione del 30 gennaio 1985 ha anche fissato un numero di codice per ciascuno Stato membro; che i numeri di codice già assegnati alla Spagna ed al Portogallo dopo l'adesione alla Comunità devono venir confermati;

considerando che le misure previste dalla presente decisione sono conformi al parere del comitato veterinario permanente,

HA ADOTTATO LA PRESENTE DECISIONE:

Articolo 1

A decorrere dal 1° settembre 1989, la decisione del 30 gennaio 1985 è modificata come segue:

1. Gli allegati I, II, III e IV sono sostituiti dagli allegati I, II, III e IV della presente decisione.

2. All'allegato V è aggiunto il testo seguente:

« | 1 | 1 | Spagna

| 1 | 2 | Portogallo ».

3. All'allegato VII è aggiunto il testo seguente:

« | 2 | 1 | Stomatite vescicolosa

| 2 | 2 | Peste dei piccoli ruminanti

| 2 | 3 | Dermatite nodulare contagiosa

| 2 | 4 | Vaiolo degli ovicaprini

| 2 | 5 | Peste equina africana

| 2 | 6 | Febbre della Valle del Rift

| 2 | 7 | Necrosi infettiva ematopoietica ».

Articolo 2

Gli Stati membri sono destinatari della presente decisione.

Fatto a Bruxelles, il 31 maggio 1989.

Per la Commissione

Ray MAC SHARRY

Membro della Commissione

---

[1] GU n. L 378 del 31. 12. 1982, pag. 58.
[2] GU n. L 61 del 4. 3. 1989, pag. 48.
[3] GU n. L 50 del 21. 2. 1984, pag. 10.
[4] GU n. L 61 del 4. 3. 1989, pag. 49.
[5] Non pubblicata.

ALLEGATO I

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE — MODULO 1

NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI DELL'INSORGENZA DI FOCOLAI DI UNA MALATTIA IN UNO STATO MEMBRO AI SENSI DELLA DIRETTIVA 82/894/CEE (1)

	Informazione richiesta	Testo da trasmettere
	Numero di riferimento della Commissione	DGVI/B.II.2/ADN1
	Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno)	__/__/__
	Ora dell'invio (*) (arco di 24 ore)	____
	Stato d'origine (*)	__
	Malattia (*)	__
	Numero di serie del focolaio (*) (anno/numero)	__/____
	Tipo/sottotipo della malattia	____
	Regione infetta (*)	___
	Indicare le altre eventuali regioni soggette alle restrizioni	___
	Tipo del focolaio (*) (primario « 1 » o secondario « 2 »)	_
	Numero di riferimento del focolaio cui si riferisce il focolaio in causa	__/__/__/__
	Origine della malattia	__
	Misure di controllo :	__
	indicare uno o più numeri di codice successivamente, conformemente al numero delle misure di controllo da segnalare	__
		__
		__
		__
	Data di insorgenza del sospetto di malattia (giorno/mese/anno)	__/__/__
	Numero di animali che potrebbero essere infetti nell'azienda : — bovini	____
	— suini	____
	— ovini	____
	— caprini	____
	— pollame	____
	— equini	____
	— pesci	____
	— selvaggina	____
	Data di conferma della malattia nell'azienda (*) (giorno/mese/anno)	__/__/__
	Numero di animali clinicamente infetti nell'azienda : — bovini	____
	— suini	____
	— ovini	____
	— caprini	____
	— pollame	____
	— equini	____
	— pesci	____
	— selvaggina	____
	Data presunta della prima infezione nell'azienda (giorno/mese/anno)	__/__/__
	Numero di animali morti di tale malattia nell'azienda : — bovini	____
	— suini	____
	— ovini	____
	— caprini	____
	— pollame	____
	— equini	____
	— pesci	____
	— selvaggina	____

	Informazione richiesta		Testo da trasmettere
	Numero di riferimento della Commissione		DGVI/B.II.2/ADN1
	Data prevista di compimento della macellazione per il consumo umano (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali macellati per il consumo umano :	— bovini	_____
		— suini	_____
		— ovini	_____
		— caprini	_____
		— pollame	_____
		— equini	_____
		— pesci	_____
		— selvaggina	_____
	Data prevista di compimento dell'abbattimento e della distruzione (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali abbattuti e distrutti :	— bovini	_____
		— suini	_____
		— ovini	_____
		— caprini	_____
		— pollame	_____
		— equini	_____
		— pesci	_____
		— selvaggina	_____
	Solo per la peste suina : distanza dell'azienda suinicola più vicina (in metri)		_____
	Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta :	— suini da riproduzione	_____
		— suinetti	_____
		— suini da ingrasso	_____
	Solo per la peste suina : metodo di diagnosi applicato :		__
	Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta :	— suini da riproduzione	_____
		— suinetti	_____
		— suini da ingrasso	_____
	Fine della parte in codice		
	Testo non in codice (se necessario)		

(1) I focolai secondari devono essere notificati solo alla Commissione.

NB Le linee indicate con un asterisco (*) devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta.

ALLEGATO II

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE — MODULO 2

NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI DI INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI O DI CORREZIONI DI PRECEDENTI INFORMAZIONI AI SENSI DELLA DIRETTIVA 82/894/CEE (1)

	Informazione richiesta		Testo da trasmettere
	Numero di riferimento della Commissione		DGVI/B.II.2/ADN2
	Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Ora dell'invio (*) (arco di 24 ore)		____
	Stato d'origine (*)		__
	Malattia (*)		__
	Numero di serie del focolaio (*) (anno/numero)		__/____
	Tipo/sottotipo della malattia		____
	Regione infetta (*)		___
	Indicare le altre eventuali regioni soggette alle restrizioni		___
	Tipo del focolaio (*) (primario « 1 » o secondario « 2 »)		_
	Numero di riferimento del focolaio cui si riferisce il focolaio in causa		__/__/__/____
	Origine della malattia		__
	Misure di controllo : indicare uno o più numeri di codice successivamente, conformemente al numero delle misure di controllo da segnalare		__ __ __ __ __
	Data di insorgenza del sospetto di malattia (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali che potrebbero essere infetti nell'azienda :	— bovini	____
		— suini	____
		— ovini	____
		— caprini	____
		— pollame	____
		— equini	____
		— pesci	____
		— selvaggina	____
	Data di conferma della malattia nell'azienda (*) (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali clinicamente infetti nell'azienda :	— bovini	____
		— suini	____
		— ovini	____
		— caprini	____
		— pollame	____
		— equini	____
		— pesci	____
		— selvaggina	____
	Data presunta della prima infezione nell'azienda (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali morti di tale malattia nell'azienda :	— bovini	____
		— suini	____
		— ovini	____
		— caprini	____
		— pollame	____
		— equini	____
		— pesci	____
		— selvaggina	____

	Informazione richiesta		Testo da trasmettere
	Numero di riferimento della Commissione		DGVI/B.II.2/ADN2
	Data di compimento della macellazione per il consumo umano (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali macellati per il consumo umano :	— bovini	____
		— suini	____
		— ovini	____
		— caprini	____
		— pollame	____
		— equini	____
		— pesci	____
		— selvaggina	____
	Data di compimento dell'abbattimento e della distruzione (giorno/mese/anno)		__/__/__
	Numero di animali abbattuti e distrutti :	— bovini	____
		— suini	____
		— ovini	____
		— caprini	____
		— pollame	____
		— equini	____
		— pesci	____
		— selvaggina	____
	Solo per la peste suina : distanza dell'azienda suinicola più vicina (in metri)		____
	Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta :	— suini da riproduzione	____
		— suinetti	____
		— suini da ingrasso	____
	Solo per la peste suina : metodo di diagnosi applicato		__
	Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta :	— suini da riproduzione	____
		— suinetti	____
		— suini da ingrasso	____
	Fine della parte in codice		
	Testo non in codice (se necessario)		

(1) I focolai secondari devono essere notificati solo alla Commissione.

NB : Le linee indicate con un asterisco (*) devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta.

ALLEGATO III

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE — MODULO 3

NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI DELL'ABOLIZIONE DELLE RESTRIZIONI IN UNA O PIÙ REGIONI AI SENSI DELLA DIRETTIVA 82/894/CEE

	Informazione richiesta	Testo da trasmettere
	Numero di riferimento della Commissione	DGVI/B.II.2/ADN3
	Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno) Ora dell'invio (*) (arco di 24 ore) Stato d'origine (*) Malattia (*)	__/__/__ ____ __ __
	Regione (*) Data dell'abolizione delle restrizioni (*) (giorno/mese/anno) Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)	_____ __/__/__ ____
	Regione (*) Data dell'abolizione delle restrizioni (*) (giorno/mese/anno) Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)	_____ __/__/__ ____
	Regione (*) Data dell'abolizione delle restrizioni (*) (giorno/mese/anno) Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)	_____ __/__/__ ____
	Regione (*) Data dell'abolizione delle restrizioni (*) (giorno/mese/anno) Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)	_____ __/__/__ ____
	Ripetere se necessario, conformemente allo schema che precede	
	Fine della parte in codice	
	Testo non in codice (eventuali osservazioni, ecc.)	

NB: Le linee con un asterisco (*) devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta.

ALLEGATO IV

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE — MODULO 4

NOTIFICA DELLA COMMISSIONE AGLI STATI MEMBRI DELL'INSORGENZA DI FOCOLAI DI UNA MALATTIA NELLA COMUNITÀ AI SENSI DELLA DIRETTIVA 82/894/CEE

	Numero di riferimento della Commissione	DGVI/BII.2/ADN4
	Data dell'invio (giorno/mese/anno)	__ __/__ __/__ __
	Ora dell'invio (arco di 24 ore)	__ __ __ __
	Stato interessato	__ __
	Malattia	__ __
	Periodo considerato (dal/al)	__ __/__ __/__ __ al __ __/__ __/__ __
	Numero totale dei focolai (per paese)	Primario: __ __ __ — Secondario: __ __ __
	Numero totale dei focolai (per regione)	Regione: __ __ __ — Primario: __ __ — Secondario: __ __
	Ripetere se necessario	Regione: __ __ __ — Primario: __ __ — Secondario: __ __
		Regione: __ __ __ — Primario: __ __ — Secondario: __ __
		Regione: __ __ __ — Primario: __ __ — Secondario: __ __
	Numero totale:	(1) (2) (3) (4) (5)
	— bovini	__ __ __ __ __ __
	— suini	__ __ __ __ __ __
	— ovini	__ __ __ __ __ __
	— caprini	__ __ __ __ __ __
	— pollame	__ __ __ __ __ __
	— equini	__ __ __ __ __ __
	— pesci	__ __ __ __ __ __
	— selvaggina	__ __ __ __ __ __
		(6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) Esclusivamente peste suina
	Informazioni sui numeri di serie	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
	Informazioni sui numeri di serie	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
	Informazioni sui numeri di serie	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
	Informazioni sui numeri di serie	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
	Informazioni sui numeri di serie	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
	Ripetere se necessario	__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
		__ __/__ __ __ __ — __ __ __ — __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __/__ __ __ __ — __ __ — __ __ __ __
		(14) (15)
	Esclusivamente peste suina	
	Numero totale:	
	— suini da riproduzione	__ __ __ __ __ — __ __ __ __ __
	— suinetti	__ __ __ __ __ — __ __ __ __ __
	— suini da ingrasso	__ __ __ __ __ — __ __ __ __ __
	Fine della parte in codice	

Lo schema precedente si ripete per ogni malattia e per ogni paese.

(1) Numero totale degli animali che potrebbero essere infetti nella(e) azienda(e).
(2) Numero totale degli animali clinicamente infetti nella(e) azienda(e).
(3) Numero totale degli animali morti nella(e) azienda(e).
(4) Numero totale degli animali macellati nella(e) azienda(e).
(5) Numero totale delle carcasse distrutte nella(e) azienda(e).
(6) Numero di serie (anno/numero).
(7) Regione.
(8) Tipo di focolaio (primario o secondario).
(9) Data di conferma della malattia nell'azienda.
(10) Origine della malattia.
(11) Numero di serie al quale si riferisce il focolaio.
(12) Metodo impiegato per la diagnosi.
(13) Distanza dall'azienda suinicola più vicina.
(14) Numero totale e categorie di suini detenuti dall'azienda.
(15) Numero totale e categorie di suini clinicamente infetti nell'azienda.