|  |  |
| --- | --- |
| **FORM NOTIFICA** | **Formulário de notificação de suspeita ou ocorrência de doenças animais** **(Doenças das categorias 1, 2 ou 3 da Lista de notificação obrigatória e doenças exóticas ou emergentes\*)** |
|

**1. Informações sobre o responsável pela notificação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Médico veterinário? |  | Sim | Área de atuação: |  | Laboratório de diagnóstico |  | Instituição de ensino ou pesquisa |  | Outras instituições governamentais |  | Iniciativa privada |
|  | Não |  | Outra: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | Telefone fixo |  | Telefone celular |
|       |  | ( |    | ) |       |  | ( |    | ) |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail: |       |  | Não quer se identificar |

**2. Informações sobre a instituição ou empresa de atuação do notificante** (quando for o caso)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome |  | Nome do contato principal |
|       |  |       |
| Município |  | UF |  | Telefone |  | E-mail |
|       |  |    |  | ( |    | ) |       |  |       |

**3. Informações sobre o estabelecimento onde se encontram os animais envolvidos na notificação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do estabelecimento |  | Nome do responsável para contato |
|       |  |       |
| Endereço |  | Município |  | UF |
|       |  |       |  |    |
| CEP |  | Telefone |  | E-mail |
|       |  | ( |    | ) |       |  |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🡪 |  | Animais se encontram na instituição ou empresa informada no item 2 |  | Animais encontram-se distribuídos em mais de um estabelecimento, relacionados em lista anexa |  | Desmarcar |

**4. Informações sobre a suspeita ou ocorrência**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Espécies susceptíveis** | **Informações sobre as espécies susceptíveis** | **Início dos sinais clínicos** |
| **Total** | **Doentes** | **Mortos** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnóstico: |  | Presuntivo | 🡪 | Doença envolvida: |       |
|  | Confirmatório |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Foi realizado teste laboratorial? |  | Não |  | Sim 🡪 preencher os campos abaixo (anexar laudos laboratoriais) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teste realizado** | **Material testado** | **Resultado** | **Data do resultado** | **Laboratório** |
|       |       |       |   |       |
|       |       |       |   |       |

Descrição dos sinais clínicos e lesões

|  |
| --- |
|       |

Histórico e informações gerais

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |       |  |    |  |  |
| Data |  | Município |  | UF |  | Assinatura |

**5. Campos reservados para uso do serviço veterinário oficial**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data e hora de recebimento da notificação: |  |  |  | Local: |  |  |  |
|  | Data (dd/mm/aaaa) |  | Horas (HH:MM) |  | Município |  | UF |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Carimbo e assinatura do responsável por receber a notificação | 🡪 |  |  | No do FORM IN relacionado à notificação |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |