

Via Nº: _____

Form-In Nº: _____



Logotipo do órgão executor
de sanidade agropecuária

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

Secretaria de Defesa Agropecuária

Departamento de Saúde Animal

Coordenação de Animais Aquáticos

ANEXO V

FORM-IN – FORMULÁRIO INICIAL DE INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS DE ANIMAIS AQUÁTICOS

1. NÚMERO DO FOCO/SUSPEITA				
Código do município no IBGE:	UF:	Nº do foco/suspeita no município:	Descrição da suspeita que motivou a notificação/ motivo que levou à notificação:	
Os produtos são originários de importação e estão em período de quarentena?				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
2. NÚMERO DO FOCO/SUSPEITA DE ORIGEM (que originou a investigação)				
Código do município no IBGE:	UF:	Nº do foco/suspeita no estado:	Nº do foco/suspeita no município:	Descrição da suspeita que motivou a notificação/ motivo que levou à notificação:
Origem da notificação:				
<input type="checkbox"/> Proprietário <input type="checkbox"/> Serviço oficial <input type="checkbox"/> Terceiros <input type="checkbox"/> Médico veterinário habilitado				
Data e hora da notificação:			Data e hora da visita à propriedade:	
____/____/____:____			____/____/____:____	
3.1. IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE				
Código da propriedade na PGA:	Nome da propriedade:	CPF do responsável:	Observações que visem auxiliar na identificação da propriedade:	
3.2. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE EXTRATIVISMO				
Nome do local:	Código do município no IBGE:	Observações que visem auxiliar na identificação da área de extrativismo:		
Endereço (preencher também, quando aplicável, com o nome da praia, bairro, ponto de referência):				
3.3. GEORREFERENCIAMENTO (preencher em grau decimal e no datum WGS84)				
Latitude ponto 1:	Longitude ponto 1:	Latitude ponto 2 (quando aplicável):	Longitude ponto 2 (quando aplicável):	
4. SINAIS CLÍNICOS E ACHADOS DE NECROPSIA (órgãos, lesões e alterações)*				

*Anexar registros fotográficos (caso possível).

5. SUSPEITA CLÍNICA

--

6. CRONOLOGIA DO FOCO

Evento	Data / hora	Assinale quando não houver informações sobre o item
Início provável do foco/suspeita segundo informação do proprietário/responsável/terceiros		<input type="checkbox"/>
Início provável do foco/suspeita segundo avaliação do veterinário oficial		<input type="checkbox"/>
Notificação ao serviço oficial		<input type="checkbox"/>
Visita inicial		<input type="checkbox"/>
Interdição da propriedade		<input type="checkbox"/>
Desinfecção da propriedade		<input type="checkbox"/>
Abate sanitário/ destruição/sacrifício		<input type="checkbox"/>
Coleta de amostra		<input type="checkbox"/>
Envio da (s) amostra(s) ao laboratório		<input type="checkbox"/>
Último lote com sintomatologia clínica		<input type="checkbox"/>

7. PROVÁVEL ORIGEM DA SUSPEITA

Item		Item	
<input type="checkbox"/>	Água de abastecimento da propriedade	<input type="checkbox"/>	Alimento vivo (Artêmia, Poliquetas, etc.)
<input type="checkbox"/>	Animais vivos adquiridos no país	<input type="checkbox"/>	Alimento
<input type="checkbox"/>	Animais vivos importados	<input type="checkbox"/>	Fômites (veículos, instrumentos, etc.)
<input type="checkbox"/>	Introdução de produtos não viáveis de animais aquáticos	<input type="checkbox"/>	Transmissão vertical (via ovos ou gametas infectados)
<input type="checkbox"/>	Contato com animais silvestres	<input type="checkbox"/>	Vetores
<input type="checkbox"/>	Estabelecimento vizinho infectado/suspeito	<input type="checkbox"/>	Não identificada
<input type="checkbox"/>	Outra, especifique: _____		

8.1. MOVIMENTAÇÃO DE ANIMAIS, SEUS PRODUTOS E SUBPRODUTOS (últimas movimentações anteriores a suspeita)
Ingresso

Propriedade	Município	UF	Identificação das espécies, produtos e/ou subprodutos	Quantidade (un/kg)	Documento de trânsito (se aplicável)*

* GTA, CIS-E, etc.: especificar o número de série, expedidor e demais informações de interesse.

10. REGISTROS DOS ÚLTIMOS TRATAMENTOS* PREVENTIVOS OU CURATIVOS				
Objetivo do tratamento	Nome comercial do produto	Partida/Lote	Laboratório produtor	Data da aplicação

* Vacinas, medicações, probióticos, etc.

11. COLETA DE AMOSTRAS						
ID	Descrição da amostra*	Apresenta sintomas (Sim ou Não)	Local de origem	Tipo de conservação	Temperatura de envio	Número do lacre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Indicar o material coletado (animal inteiro, tecido, sangue/hemolinfa, pleópodo, etc.), lote, idade de PL, peso e outras informações de interesse.

12. OBSERVAÇÕES

13. MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO E COLETA DE AMOSTRAS		
Nome:		CRMV/UF:
Endereço institucional:		Município/UF:
Endereço de correio eletrônico (e-mail):		CEP:
Telefone fixo com DDD:	Telefone celular com DDD:	Fax com DDD:
Data e hora da visita à propriedade / área de extrativismo:		
Carimbo e assinatura:		