



ANEXO II

FORMULÁRIO DE COLHEITA E ENVIO DE MATERIAL AO LABORATÓRIO PARA VIGILÂNCIA ATIVA EM AVES – PNSA

Identificação da amostra

Termo de colheita nº	Lacre(s) nº	Data da colheita:
¹ País de Origem	² Responsável pela colheita:	

Identificação do estabelecimento avícola

³ Nome do Estabelecimento/Incubat. (razão social) ou Sítio de Aves Migratórias:		
Proprietário:		
⁴ Nº registro no órgão oficial:	Nº cadastro no serviço veterinário oficial:	
Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F.
CEP:	Fone:	Fax:
⁵ Empresa: Nome do empresa (razão social):		
⁶ Endereço:		
Bairro:	Município:	U.F.
CEP:	Fone:	Fax:

Identificação do lote de aves

Núcleo:	Lote:	⁷ Idade (dia ou sem):	⁸ Nº aves:	⁹ Nº Total granja:
---------	-------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

¹⁰ Tipo de Ave

<input type="checkbox"/> Galinhas	<input type="checkbox"/> Perus	<input type="checkbox"/> Avestruzes	<input type="checkbox"/> Codorna
<input type="checkbox"/> Marreco	<input type="checkbox"/> Pato	<input type="checkbox"/> Emas	<input type="checkbox"/> Perdiz
<input type="checkbox"/> Aves Silvest./Migrat.	<input type="checkbox"/> Aves Ornamentais	<input type="checkbox"/> Outras (especificar)	

¹¹ Tipo de exploração de aves Granja Incubatório

<input type="checkbox"/> Matrizes	<input type="checkbox"/> Avós	<input type="checkbox"/> Bisavós	<input type="checkbox"/> Linhas Puras	<input type="checkbox"/> Frango de corte
<input type="checkbox"/> Postura comercial	<input type="checkbox"/> Recria comercial	<input type="checkbox"/> P. Subsistência	<input type="checkbox"/> SPF	<input type="checkbox"/> Prod. Ovos Control.
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)				

Utilização de Vacina contra Doença de Newcastle

¹² <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim inat. <input type="checkbox"/> Sim viva	¹³ Data da última vacinação
---	--

Utilização de Vacina contra *Salmonella* Enteritidis

¹⁴ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim inat. <input type="checkbox"/> Sim viva	¹⁵ Data da última vacinação
---	--

¹⁶ Tipo de Vigilância

<input type="checkbox"/> Certificação de estabelecimento de reprodução para Salmonelas e Micoplasmas	<input type="checkbox"/> Monitoramento de estabelecimento comercial para Salmonelas
<input type="checkbox"/> Mortalidade em aves de corte – colheita no SIF	<input type="checkbox"/> Importação
<input type="checkbox"/> Aves de descarte	<input type="checkbox"/> Exportação*
<input type="checkbox"/> Sítios de aves migratórias	<input type="checkbox"/> Compartimentação

*especificar os testes a serem realizados para cada agente a pesquisar, no campo observação

¹⁷ Agentes a pesquisar

<input type="checkbox"/> Newcastle	<input type="checkbox"/> Influenza Aviária	<input type="checkbox"/> Laringotraqueíte	<input type="checkbox"/> Salmonelas	<input type="checkbox"/> Micoplasmas
------------------------------------	--	---	-------------------------------------	--------------------------------------

¹⁸ Tipo de quantidade de Amostras Colhidas (escrever o número de amostras colhidas)

<input type="checkbox"/> Soros nº	<input type="checkbox"/> Suabes de Cloaca nº	<input type="checkbox"/> Suabes de traquéia nº
<input type="checkbox"/> Propé nº	<input type="checkbox"/> Suabes de Arrasto nº	<input type="checkbox"/> Fezes frescas nº



<input type="checkbox"/> Mecônio nº	<input type="checkbox"/> Suabes Fundo Caixas nº	<input type="checkbox"/> Papel de Caixa Transp. nº
<input type="checkbox"/> Aves mortas nº	<input type="checkbox"/> Pintos Mortos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Fértéis nº
<input type="checkbox"/> Ovos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Bicados nº	
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) nº		
<input type="checkbox"/> Órgãos (especificar) nº		

¹⁹ Meio para conservação e transporte de amostras

Material Coletado	Meio utilizado	Validade

Nome do laboratório para o qual o material será enviado

Laboratório: _____

²⁰ Observações

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Em situações em que a informação não for aplicável o campo deverá ser inutilizado.

Declaração de não utilização de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, quando da colheita de materiais para certificação sanitária dos estabelecimentos avícolas de reprodução e para o monitoramento dos estabelecimentos avícolas comerciais.

Declaro que tenho pleno conhecimento da Norma Técnica para Monitoramento e Certificação Sanitária de Núcleos e Estabelecimentos Avícolas para salmoneloses (*Salmonella Gallinarum*, *Salmonella Pullorum*, *Salmonella Enteritidis* e *Salmonella Typhimurium*) e micoplasmoses aviárias (*Mycoplasma gallisepticum*, *Mycoplasma synoviae* e *Mycoplasma melleagridis*), e afirmo que os lotes descritos neste Termo de Colheita não receberam tratamento com agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, no período de 3 semanas (ou mais, caso o período de carência desses agentes seja maior) anteriores a data da colheita oficial para certificação sanitária dos referidos lotes. Declaro ainda estar ciente de que exames complementares para a detecção de resíduos de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas poderão ser realizados para confirmação desta declaração.

²¹ Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____.

Profissional responsável pela colheita do material:

<p>Médico Veterinário Responsável Técnico</p> <p>Nome: _____</p> <p>CRMV-SC: _____</p> <p>Tel: _____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura / Carimbo</p>
--

<p>Médico Veterinário Oficial</p> <p>Nome: _____</p> <p>CRMV-SC: _____ Tel/Fax: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____ CEP: _____</p> <p>Município: _____ UF: SC</p> <p>_____</p> <p>Assinatura / Carimbo</p>
