Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA

Secretaria de Defesa Agropecuária - SDA

Departamento de Saúde Animal - DSA

FORM-COM Formulário de Investigação de Doenças - COMPLEMENTAR

1. Data da investigação (dd/mm/aaaa): _____

2. Complementar ao FORM-IN: ☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ **3. Nº do atendimento:** _____ - > **Tipo:** ◯ Intermediária ◯ Encerramento

4. Informações sobre o estabelecimento

Nome: | Município de localização: | Unidade Regional:

Proprietário: | Telefone: | Código do proprietário: | Código do estabelecimento:

Coordenadas geográficas -->

Datum utilizado: ◯ SIRGAS 2000 ◯ WGS 84

Formato Sexagesimal (Graus, Minutos e Segundos)

Latitude: ____ º ____ ' ____ " ou ____ Hemisfério: ◯ Norte ◯ Sul

Longitude: ____ º ____ ' ____ " ou ____

Formato Grau decimal

5. Há diagnóstico confirmado? ◯ Não ◯ Sim - > _____

6. Provável origem ◯ Origem anterior confirmada ◯ Não identificada ◯ Outra* _____

* Informar com base no item 10 do FORM-IN

7. Últimas vacinações (relacionadas com a suspeita ou foco) ☐ Sem informação ☐ Não utilizou

Doença	Nome comercial da vacina	Fabricante	Partida (NNN/AA)	Data da vacinação (dd/mm/aaaa)
			/	
			/	

8. Principais medicamentos que possam influenciar na manifestação de sinais clínicos ou nos resultados dos testes laboratoriais da suspeita ou foco investigado

◯ Sem informação ou ◯ Uso de vários medicamentos no lote ou grupo de animais investigados ou ◯ Não utilizou

Doença	Nome comercial do produto	Via de administração	Período da aplicação (dd/mm/aaaa)
			a
			a

9. Trânsito de animais, seus produtos e subprodutos, possivelmente relacionados com a suspeita/foco ou que ocorreu após atendimento anterior** ☐ Não houve ☐ Sem informação

Tipo		Data (dd/mm/aaaa)	Espécie, produtos, subprodutos e outros	Procedência ou destino				Identificação da GTA		
Ingresso	Egresso			UF/País	Município (ou equivalente em outro país)	Estabelecimento		UF	Série	Número
						Nome	Código no SVO			
◯	◯									
◯	◯									
◯	◯									
◯	◯									
◯	◯									
◯	◯									

** Registrar qualquer informação sobre movimentação animal, incluindo venda ou compra irregular – Computar os ingressos e egressos de animais nos campos apropriados da Tabela disponível no item 14.

10. Observações de relevância para a investigação e descrição dos principais achados e ocorrências

Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA

Secretaria de Defesa Agropecuária - SDA

Departamento de Saúde Animal - DSA

11. Registro de dados NOVOS sobre a população de animais terrestres envolvida na suspeita clínica **após último atendimento**

Animais	Faixas etárias ou espécies de aves	Existente no dia da inspeção	Casos confirmados	Casos prováveis	Mortos	Abatidos sob inspeção	Destruídos	Examinados	Trânsito		**11. Ocorrências observadas após atendimento anterior**			
									Ingressos	Egressos	Nascimento	Morte (outras causas)	Ingresso por outras causas	Egresso por outras causas
Bovinos	Até 12 m													
	13 a 24 m													
	25 a 36 m													
	> 36 m													
	Total													
Bubalinos	Até 12 m													
	13 a 24 m													
	25 a 36 m													
	> 36 m													
	Total													
Caprinos	Até 12 m													
	> 12 m													
	Total													
Ovinos	Até 12 m													
	> 12 m													
	Total													
Suídeos	Suínos – Cachaço/Matriz													
	Suínos – Leitão(oa)													
	Suínos – Demais													
	Outros													
	Total													
Equinos	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Asininos	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Muares	Até 6 m													
	> 6 m													
	Total													
Aves	Frangos/Galinhas													
	Perus													
	Anseriformes													
	Ratitas													
	Outras espécies													
	Total													
Abelhas	Colmeias													
Lagomorfos (coelhos)														
Outra														

12. Medidas adotadas no estabelecimento, pelo serviço veterinário oficial, neste atendimento (☐ Não se aplica)

☐ Interdição ☐ Isolamento de animais ☐ Controle de vetores ☐ Vacinação ☐ Vazio sanitário/Quarentena -> ○ Início ○ Em curso ○ Término

☐ Desinterdição ☐ Limpeza/desinfecção ☐ Sequestro de produtos ☐ Destruição de produtos ☐ Animais sentinelas -> ○ Início ○ Em curso ○ Término

13. Houve colheita de amostras neste atendimento? ○ Não ○ Sim

14. Assinalar os formulários anexos ->

☐ 01. Form SV ☐ 02. Form SH ☐ 03. Form SRN ☐ 04. Form LAB ☐ 05. Form EQ ☐ 06. Extrato GTA ☐ 07. Folha adicional ☐ 08. Form SN ____ ☐ 09. Form AIE ____ ☐ 10. Form Mormo ____ ☐ 11. Form Maleína ____ ☐ 12. Resenho ____ ☐ 13. Form VIN ____

15. Identificação, formas de contato e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento

Nome _____ CRMV _____ CPF _____

Município de lotação _____ UF ____ Unid. Regional _____ Matrícula SVO _____

E-mail _____ Tel. fixo _____ Celular _____

Carimbo e Assinatura