



FORM SH

Formulário de investigação clínica e epidemiológica para síndrome hemorrágica dos SUÍNOS

1. Referente ao FORM-IN: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ 2. FORM-COM? ☐ Não ☐ Sim -> Nº 3. Folha: ____ de ____

4. Empresa integradora ou cooperativa:

5. Granja ou local de origem dos animais: Nome: Código no SVO
Nome: Código no SVO

6. Aspectos relacionados à região

- 6.1. Número de estabelecimentos com suídeos em um raio de 3 km ☐ Não sabe
- 6.2. Distância em metros da via mais próxima com trânsito de suínos: e do estabelecimento com suínos, mais próximo:
- 6.3. O proprietário, produtor ou responsável tem rebanhos em outro estabelecimento? ☐ Não ☐ Sim --> identificar os estabelecimentos abaixo

UF/País	Município	Nome do estabelecimento	Código SVO*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Serviço veterinário oficial

7. Aspectos produtivos

- 7.1. Criação: ☐ Confinados ☐ Semiconfinados ☐ A pasto / extensivo 7.2. Reposição de animais: ☐ Reposição própria ☐ Oriunda de terceiros

8. Investigação epidemiológica (para os itens marcados com**, utilizar o campo 11 "Informações adicionais" para complementar, caso necessário)

- 8.1. Qual origem da ração fornecida? ☐ Ração comercial ** ☐ Fabricação própria ☐ Não se aplica (N/A)
- 8.2. Se utilizados restos de comida, qual a origem? ☐ Residencial ☐ De restaurantes ☐ Outras: ☐ N/A
- 8.3. Se utilizados soro de leite ou restos de lavoura, qual a origem? ☐ Fabricação própria ☐ De outras propriedades ☐ N/A
- 8.4. Os alimentos são tratados termicamente? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A -> especificar:
- 8.5. Animais têm acesso a lixões? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 8.6. Proteína de origem animal é fonte de alimentação? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 8.7. Há indícios de contato com suínos asselvajados? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 8.8. Há contato com outros suínos domésticos? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 8.9. Há evidências de uso irregular de vacina contra PSC? ** ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 8.10. A água de consumo passa por algum tratamento? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A -> detalhar:
- 8.11. É realizado vazio sanitário entre lotes? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A -> Quantos dias?:

9. Investigação clínica

- 9.1. Alta mortalidade de animais jovens? (caso sim, especificar a idade do item 11) ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.2. Morte em 5 a 25 dias após início da doença? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.3. Natimortalidade? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.4. Leitegada com baixo número de leitões? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.5. Tremor congênito e debilidade? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.6. Alto número de animais refugo? ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A
- 9.7. Mumificação fetal ☐ Não ☐ Sim ☐ N/A

10. Lesões e sinais clínicos observados nos animais:

(caso necessário, complementar no item 11 "Informações adicionais")

<u>Estado geral</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Appetite	<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Recuperação aparente com recaída e morte	<input type="checkbox"/> Conjuntivite
<u>Sistema respiratório</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Corrimento nasal purulento		
<u>Sistema nervoso</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Paresia	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Movimento de pedalagem	<input type="checkbox"/> Letargia	
<u>Sistema digestório</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação intestinal, seguida de diarreia				
<u>Sistema reprodutivo</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Repetição de cio					
<u>Sistema tegumentar</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hiperemia multifocal				
<u>Sistema linfático</u>	<input type="checkbox"/> Nada observado	<input type="checkbox"/> Enfartamento ganglionar					

11. Informações adicionais

12. Médico veterinário responsável pela colheita

Carimbo e assinatura