|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORM SN** | **Formulário Único de Requisição de Exames para Síndrome Neurológica** | **1. Identificação do formulário** (utilizar apenas uma opção) | a) SVO: | No do FORM IN: |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  | FORM-COM? |  | Não |  | Sim,No: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) Outros: | No sequencial: |  | | | | | | | | | | | | Ano: |  | | | UF: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Amostras colhidas por:** |  |

**A –** Informações sobre o responsável

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nome |  | 2. Registro profissional |  | 3. CPF |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Endereço |  | 5. Município |  | 6. UF |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Telefone Fixo |  | 8. Celular |  | 9. FAX |  | 10. E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |

**B –**Informações sobre o estabelecimento

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nome |  | 2. Município de localização |  | 3. Código IBGE |  | 4. UF |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Proprietário |  | 6. Produtor |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Telefone Fixo |  | 8. Celular |  | 9. FAX |  | 10. E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordenadas geográficas** | 🡪 | *Datum* utilizado |  | Formato Sexagesimal (Graus, Minutos e Segundos) | | | | | | | Formato Grau decimal |  |  | **Quadrante estadual** | | |
|  | Latitude: |  | o |  | ‘ |  | “ | ou |  | Hemisfério: |  | H |  | V |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Longitude: |  | o |  | ‘ |  | “ | ou |  |  |  |

**C –** Descrição do animal suspeito e do rebanho em que se encontrava

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Espécie: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Indicar país de origem para bovino ou bubalino importado: |  | 3. Espécie do animal silvestre: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Para ruminantes, indicar local onde a amostra foi colhida: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Identificação do animal: |  | Idade: |  |  | Raça: |  | Para bov. /bub.,  indicar aptidão: |  | Sexo: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Método para estipular idade (ruminantes): |  | Registro genealógico |  | Cronologia dentária ou cornual |  | Marcação da vacina contra brucelose |  | Informado pelo responsável no Estabelecimento |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. No de animais 🡪 No rebanho: |  | Doentes: |  | Mortos: |  | 8. Havia outras espécies afetadas? |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. O animal morto já foi vacinado para (quando): |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | |

**D –** Ações na propriedade suspeita e os sinais clínicos apresentados

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Origem da notificação: |  | 2. Datas (dd/mm/aaaa): Notificação🡪 |  | 1a visita 🡪 |  | Provável início da doença 🡪 |  |

3. No caso de ruminante, categoria do animal submetido à vigilância (marcar apenas uma opção, sendo que a categoria 3.1 prevalece, ainda que tenha sido compatível às demais categorias):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3.1. | | Com distúrbio neurológico/locomotor/ comportamental (obrigatória marcação do item 4) | | | por: |  | dias |  |  | 3.2. | Com doença crônica, caquetizante ou depauperante por: | | | |  | dias | |  | | 3.3. | | Em decúbito ou que não se locomove sem ajuda |
|  | 3.4. | Encontrado morto na faz. ou no transp. | | 3.5. | Não aplicável para amostras de campo | | | | | | | |  | 3.6. | Bovino ou bubalino importado de país de risco para EEB | | |  | | 3.7. | | Com vínculo epidemiológico de investigação de EET | | |

4. Tipos de alterações (marcar ao menos um dos grupos de alteração e sublinhar os distúrbios específicos do grupo; caso o distúrbio não esteja contemplado, descrever no campo Observações):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1 Alteração neurológica ou de sensibilidade: |  | Cegueira; convulsões; dismetria; fotofobia/aerofobia; espasmos musculares; hiperestesia ao som, ao toque ou à luz; midríase; movimentos de pedalagem;.nistagmo; opistótono; priapismo; paralisia flácida dos membros anteriores e/ou posteriores; paralisia (mas alerta); posicionamento anormal da cabeça ou das orelhas; sialorréia; tetania; tremor; tenesmo. |
| 4.2 Alteração de postura ou locomoção: |  | Andar em círculos; ataxia; dobramento do boleto; incoordenação; prostração; queda frequente sem motivação aparente. |
| 4.3 Alteração comportamental: |  | Agressividade, excitabilidade ou medo (sem motivação aparente); apetite anômalo; coicear anormal e persistente quando ordenhada; consciência alterada; depressão; hesitação em portas, portões, barreiras; lambedura anormal e excessiva do nariz e flanco; mudança de hierarquia no rebanho; ranger de dentes. |
| 4.4 Morte súbita |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Eutanasiado? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Havia animais que se recuperaram dos sinais clínicos? |  | 🡪 Percentual: |  | 7 Houve contato direto de pessoas com animais suspeitos? |  |

**E–** Informações sobre a colheita, acondicionamento e conservação da amostra

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Tipo de amostra enviada: |  | 🡪Especificar: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Data(dd/mm/aaaa) e hora (hh:mm) provável da morte: |  | **às** |  | horas | 3. Data (dd/mm/aaaa) e hora (hh:mm) da colheita da(s) amostra(s): |  | às |  | horas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Tempo entre a colheita e a conservação do material: |  | horas | 5. Meio de conservação: |  | Refrigerado |  | Formolizado |  | Congelado |  | Glicerina a 50% tamponada(exclusivamente para parte anatômica a ser submetida ao teste de raiva) |

F - Observações

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **G –** Responsável | | |  |  | **H –** Para uso exclusivo do laboratório ou do SVO | | | | |
|  |  |  |  |  |  | 1. Identificação daamostra no laboratório: | | |  |  |
|  |
|  | Local |  |  | 2. No caso de ruminante submetido a teste de raiva, informar resultado para imunofluorescência direta | 🡪 |  | | |
|  |  |  |  |
|  | Data (dd/mm/aaaa) |  | Assinatura |  |  |