



**FORM
IN**

**Formulário de Investigação de
Doenças – INICIAL**

1. UF

2. Nº

Código da UF e do município no IBGE

Nº sequencial do FORM IN

3. Documento retificador?
 Não
 Sim → (preencher item 16)

4. Informações sobre a notificação ou motivo da investigação

4.1. Fonte da notificação:

- Propriedade
 Vigilância pelo SVO
 Terceiros

4.2. Motivo inicial para investigação da ocorrência:

- Sinais clínicos
 Mortalidade
 Vínculo epidemiológico → FORM IN vinculado:
- Lesões/achados em matadouro
 Resultado de teste de diagnóstico

4.3. Data e hora de recebimento da notificação ou do motivo da investigação:

: :
dd/mm/aaaa hh mm

4.4. Descrição da notificação ou motivo da investigação:

5. Informações sobre o estabelecimento

Nome: Município de localização: Unidade Regional:

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

Endereço: Total de produtores:

Tipo: Propriedade rural Assentamento Hospital/clínica vet./CCZ Unidade de pesquisa Unidade militar Sítio de aves migratórias
 Aldeia indígena Comunitário Local para aglomeração Soltos ou de periferia Confinamento

Sistema de criação predominante: Intensivo Semi-intensivo Extensivo Não se aplica

Datum utilizado
Coordenadas geográficas → SAD 69 SIRGAS2000 WGS 84

Formato Sexagesimal (Graus, Minutos e Segundos)
Latitude: º ’ ” OU º ’ ”
Longitude: º ’ ” OU º ’ ”

Formato Grau decimal
Hemisfério: Norte Sul
 H V

6. Informações sobre o contato principal no estabelecimento

Nome: Tel. Fixo: Celular:

Condição ou função no estabelecimento: Proprietário Produtor Parente Médico veterinário Funcionário (administrador, capataz, caseiro etc)

7. Resultado da Investigação

7.1. Data e hora de abertura do FORM-IN: : :
(primeira visita do SVO) dd/mm/aaaa hh mm

7.2. Provável início da ocorrência: dd/mm/aaaa

7.3. Investigação encerrada? Sim Não

7.4. O motivo inicial para investigação da ocorrência (itens 4.2 e 4.4) se enquadrava em suspeita de doença alvo da vigilância síndrômica? Sim Não

7.5. Após a investigação, a ocorrência se enquadra em qual das duas opções abaixo:

- 7.5.1. Caso provável ou confirmado de doença-alvo da síndrome: Vesicular Hemorrágica dos suínos Nervosa Respiratória ou nervosa das aves Desmarcar

OU

7.5.2. Caso provável ou confirmado de outra doença ou caso descartado de doença-alvo síndrômica, com o seguinte diagnóstico:

Provável: OU Conclusivo:

7.6. Descrição dos principais achados e ocorrências

7.6.1. Anamnese e descrição dos sinais clínicos, das lesões e dos achados de necropsia (órgãos, lesões e alterações)

7.6.2. Observações gerais



8. Informações sobre a população de animais terrestres e características das explorações pecuárias existentes

Animal	Faixas etárias ou espécies de aves	Animais existentes			No início da ocorrência	Casos		Mortos	Abatidos sob inspeção	Destruídos	Examinados	Assinalar espécies principais	Informar destino principal das explorações pecuárias existentes (de acordo com opções abaixo)***
		No dia da inspeção				Confirmados	Prováveis						
		Machos	Fêmeas	Total									
Bovínos	Até 12 m												
	13 a 24 m											<input type="checkbox"/>	
	25 a 36 m												
	> 36 m												
	Total												
Bubalínos	Até 12 m												
	13 a 24 m											<input type="checkbox"/>	
	25 a 36 m												
	> 36 m												
	Total												
Caprínos	Até 12 m												
	> 12 m											<input type="checkbox"/>	
	Total												
Ovínos	Até 12 m												
	> 12 m											<input type="checkbox"/>	
	Total												
Suídeos	Suínos	Cachaço/Matriz											
		Leitão(oa)											
		Demais											
	Outros*	Até 6 m	Somente total →										
		> 6 m											
Total													
Equínos	Até 6 m												
	> 6 m											<input type="checkbox"/>	
	Total												
Asíninos	Até 6 m												
	> 6 m											<input type="checkbox"/>	
	Total												
Múares	Até 6 m												
	> 6 m											<input type="checkbox"/>	
	Total												
Aves	Frangos/Galinhas												
	Perus											<input type="checkbox"/>	
	Anseriformes												
	Ratitas												
	Total												
Abelhas	Colmeias											<input type="checkbox"/>	
	Lagomorfos (coelhos)											<input type="checkbox"/>	
	Outra											<input type="checkbox"/>	

* Outros suídeos Javali Cateto Queixada ** Outras aves: Codorna Perdiz Galinha D'Angola Psitacíformes Aves silvestres Passeriformes Faisão
 *** Tipos de destino: 1. Comércio de animais; 2. Comércio de produtos; 3. Consumo próprio; 4. Produção de biológicos; 5. Companhia; 6. Esporte/Lazer; 7. Trabalho

9. Indicar as características predominantes da exploração pecuária (tipo, finalidade e fase da produção)

Bov/bub	<input type="radio"/> Corte <input type="radio"/> Leite <input type="radio"/> Mista	<input type="radio"/> → <input type="radio"/> Ciclo completo <input type="radio"/> Cria/recría <input type="radio"/> Engorda	<input type="radio"/> Terminação <input type="radio"/> Subsistência	<input type="radio"/>
Caprínos	<input type="radio"/> Corte <input type="radio"/> Leite <input type="radio"/> Mista	<input type="radio"/> → <input type="radio"/> Ciclo completo <input type="radio"/> Cria/recría <input type="radio"/> Engorda	<input type="radio"/> Terminação <input type="radio"/> Subsistência	<input type="radio"/>
Ovínos	<input type="radio"/> Corte <input type="radio"/> Leite <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Lã	<input type="radio"/> → <input type="radio"/> Ciclo completo <input type="radio"/> Cria/recría <input type="radio"/> Engorda	<input type="radio"/> Terminação <input type="radio"/> Subsistência <input type="radio"/> Produção de lã	<input type="radio"/>
Suínos	<input type="radio"/> Criatório (subsistência)	<u>Granja</u> → <input type="radio"/> Ciclo completo <input type="radio"/> UPL <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Recría	<input type="radio"/> Terminação <input type="radio"/> GRSC	<input type="radio"/>
Equídeos	<input type="radio"/> Haras <input type="radio"/> Unidade Militar <input type="radio"/> Sociedade hípica	<input type="radio"/> Jôquei clube <input type="radio"/> Propriedade de espera de abate	<input type="radio"/> Propriedade fornecedora de equídeos	<input type="radio"/>
Aves	<input type="radio"/> Subsistência <input type="radio"/> Ciclo completo <input type="radio"/> Ciclo parcial	<input type="radio"/> Cria/recría <input type="radio"/> Engorda <input type="radio"/> Reprodução <input type="radio"/> Bisavoseiro <input type="radio"/> Avoseiro <input type="radio"/> Matriseiro <input type="radio"/> Incubatório	<input type="radio"/> Comercial corte <input type="radio"/> Comercial postura <input type="radio"/> Recría de postura <input type="radio"/> Recría de reprodução <input type="radio"/> Produção de ovos controlados <input type="radio"/> SPF <input type="radio"/> Linha pura	<input type="radio"/>
Abelhas	<input type="checkbox"/> Rainha <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Extrato de própolis <input type="checkbox"/> Própolis <input type="checkbox"/> Geleia real <input type="checkbox"/> Pólen <input type="checkbox"/> Apitoxina <input type="checkbox"/> Cera <input type="checkbox"/> Polinização			
Coelhos	<input type="checkbox"/> Produção de carne <input type="checkbox"/> Comércio de pele ou pelo <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Animal de laboratório			

10. Medidas adotadas no estabelecimento, pelo serviço veterinário oficial (não se aplica)

Interdição Isolamento de animais Limpeza e desinfecção Combate a vetores Vacinação Vazio sanitário Introdução de sentinelas Sequestro de produtos Destruição de produtos

11. Provável origem:

Não identificada

* Avaliar os seguintes elementos: contato direto com animais doentes; vínculo epidemiológico com foco; restos de alimento; ração; águas ou pastagens comuns; cama de frango; pessoas (incluindo médicos veterinários, trabalhadores rurais, vizinhos, parentes, entre outros); propriedade vizinha; veículo contaminado; eventos pecuários; ingresso de animais (verificar origem e tempo); contato com animais silvestres (informar nome vulgar ou científico); contato com agentes químicos ou físicos; produtos ou subprodutos de origem animal; material de multiplicação animal; fômites (objetos, utensílios e equipamentos); via aerôgena; vetores; plantas tóxicas; medicamentos; vacinas; lixo/dejetos, relação genealógica; mesma origem dos animais.



12. Informações para apoiar a investigação de causa e origem, e a identificação de vínculos epidemiológicos (SI = sem informação)

	Não Sim SI		Não Sim SI
a) O estabelecimento é utilizado para atividades de turismo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	g) Há histórico de mudança de alimentação ou manejo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
b) Compartilha equipamentos ou instalações com outros estabelecimentos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	h) Utiliza mão de obra de vizinhos, ou vice-versa?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
c) Houve ingresso recente de veículos que possam carrear agente infeccioso? (destaque para caminhões boiadeiros ou de coleta de leite)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	i) O estabelecimento é utilizado para aglomerações de animais? (leilões, festas do laço, pesagem, pousada de animais etc.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
d) Os animais do estabelecimento participam de eventos de aglomerações (leilões, festas do laço, pesagem ou pousada de animais, entre outras)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	j) Proximidade/divisa do estabelecimento com rodovias, lixões, aeroportos, frigoríficos, laticínios, entre outros.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
e) Alguém do estabelecimento com acesso aos animais suscetíveis visitou outro estabelecimento com animais suscetíveis nos últimos 30 dias?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	k) Alguém do estabelecimento com acesso aos animais susceptíveis visitou outro país nos últimos 30 dias?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
f) Recebeu visitas de pessoas com acesso a animais suscetíveis de outros estabelecimentos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	l) Há histórico de ingestão de plantas tóxicas que levam a sinais clínicos semelhantes aos casos investigados?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

13. Últimas vacinações (relacionadas com a suspeita ou foco)

Sem informação ou Não houve Desmarcar

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

14. Principais medicamentos que possam influenciar na manifestação de sinais clínicos ou no resultados dos testes laboratoriais da suspeita ou foco investigado

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

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

15. Trânsito de animais, seus produtos e subprodutos, possivelmente relacionados com a suspeita ou foco*

Sem informação Não houve Período avaliado (dias) _____

Tipo	Data (dd/mm/aa)	Espécie, produtos, subprodutos e outros	Procedência ou Destino				Identificação da GTA			
			UF/País	Município (ou equivalente em outro país)	Estabelecimento		UF	Série	Número	
					Nome	Código no SVO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

* Caso haja possibilidade de imprimir extrato de movimentação animal do(s) produtor(es) com exploração pecuária na propriedade, não há necessidade de preencher os campos referentes à GTA (referido extrato deverá ser anexado ao presente formulário), registrando apenas a movimentação de produtos e subprodutos ou a movimentação de animais sem emissão de GTA ou com emissão ainda não registrada no sistema de controle da movimentação animal.

16. No caso de documento retificador, citar o(s) número(s) do(s) item(ns) alterado(s) e justificar a(s) alteração(ões) → Data da retificação (dd/mm/aaaa): _____

17. Houve colheita de amostras neste atendimento? Não Sim (assinalar o formulário utilizado no Campo 18)

18. Assinalar os formulários anexos → 01. Form SV 03. Form SRN 05. Form EQ 07. Folha adicional 09. Form AIE 11. Form Maleína
 02. Form SH 04. Form LAB 06. Extrato GTA 08. Form SN 10. Form Mormo 12. Resenho

19. 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 _____