## Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - ADAB

Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA

**Departamento de Saúde Animal – DSA**

DIRETORIA DE DEFESA SANITÁRIA ANIMAL - DDSA

**Para uso do**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORM LAB** | | **Formulário de colheita de amostras** | | | | | | | | | | |
| 1. Referente ao FORM-IN: |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  | 2. FORM-COM? |

**Laboratório:**

No de Protocolo Data

o 3. Data da 4. Folha

# Informações sobre o estabelecimento

Não ou Sim ****N

colheita:

adicional? Não ou Sim

Nome: Município de localização: Unidade Regional: UF:

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

### Síndrome ou doença investigada:

1. **Ensaio/teste solicitado:** Padrão para a síndrome ou doença investigada Outros:

### No caso de aves, informar a categoria:

Matrizeiro Bisavozeiro Comercial postura Recria de reprodução Sítio de aves migratórias Subsistência SPF

Avozeiro Linha pura Comercial corte Recria de postura Produtora de ovos controlados

1. **Amostras de soro sanguíneo (utilizar uma linha para cada frasco ou lote de amostras)**

**No da**

**Sinais**

**Duração**

**Data da**

**ID Identificação do**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID** | **Identificação do animal ou lote** | **Soros 1** | **No da**  **colheita 2** | **Esp. 3** | **Sexo 4** | **Idade 5** | **Sinais clínicos 6** | **Duração dos sinais 7** | | **Data da última vacinação8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Soros colheita**

**Esp.**

**Sexo**

**Idade**

**clínicos dos sinais**

**última**

**animal ou lote 1 2 3**

**4 5 6**

**7 vacinação 8**

### Outras amostras (utilizar uma linha para cada amostra, lote ou pool de amostras)

**No da**

**Sinais**

**Duração**

**ID Identificação do**

**colheita**

**Esp.**

**Sexo**

**Idade clínicos dos sinais**

**Data da última**

**Tipo de amostra Total**

**Meio de conservação**

**animal ou lote**

**2 3 4 5 6**

**7 vacinação 8 9**

**1.** Total de soros que formam um lote (uso mais comum para amostras de aves) - **2.** Indicar o número da colheita, para uso em amostras pareadas ou para repetição da colheita em um mesmo animal - **3**. Códigos: ANG = galinha d'Angola; API= abelhas; ASI = asinina; AVZ = avestruz; BOV =bovina; BUB = bubalina; CAM = camelos; CAP = caprina; COD = codornas;EMA = emas; EQU = equina; FAI = faisão; FAU = animais silvestres; GAL = galináceos; GAN = gansos; LAG = lagomorfos; MAR = marrecos; MUA = muar; OVI = ovina; OUT = outras (informar no Campo 7); PAT = patos; PER = perus; PEZ = perdiz;SUI = suína - **4.** Sexo: utilizar M para macho, F para fêmea, e P1/3, P2/3 ou P3/3 para fêmea prenhe de acordo com o terço da gestação- **5**. Idade: utilizar semanas para aves e meses ou anos para as demais espécies - **6**. “N” para sem sinais clínicos e “S”para presença de sinais clínicos – **7.**Informar em dias (D) ou meses (M) - **8.**Apenas vacinação relacionada com a suspeita ou foco (dd/mm/aa)- **9**. Total de material que compõe a amostra (campo mais utilizado para aves - ver instrutivo e manuais específicos para maiores informações)

### 11. Campo reservado para complementar informações sobre as espécies 12. Campo reservado para complementar informações sobre medicamentos aplicados nos animais amostrados

|  |  |
| --- | --- |
| **Espécie** | **ID da(s) amostra(s)** |
|  |  |
|  |  |

**Medicamento ID da(s) amostra(s)**

**13. Médico veterinário responsável pela colheita**

Nome CRMV CPF

Tel.

Município de lotação UF fixo Celular

Unidade

Matrícula no SVO

Data de envio das

E-mail Regional amostras (dd/mm/aaaa)

Carimbo e assinatura

***14. Campos para preenchimento pelo responsável pelo envio das amostras para o laboratório onde serão realizados os testes***

Nome: Data\* Tel FAX

\* Data de recebimento das amostras (dd/mm/aaaa)

Município UF E-mail

14.1. Informações sobre as amostras enviadas para processamento Observações

**Data do envio Laboratório de destino Lacre Sequencia ID das amostras**

de a

de a

de a

Carimbo e assinatura do responsável pelo envio das amostras

Formulário Versão Out/2013 - Adotar os procedimentos e fluxos previstos no Manual de Informação Zoossanitária e instrutivos-



Página **1** de **1**