

ANEXO III
QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
1. Nome do proprietário ou responsável:				
2. Nome da propriedade:				
3. Coordenadas geográficas:				
4. Nome ou identificação do retiro/sub-retiro (se houver):				
5. Endereço completo:				
6. Município:			7. UF:	
8. Endereço para correspondência:				
9. Município:		10. UF:		11. CEP:
12. Telefones:				
13. Endereço eletrônico:				
2. DADOS DE MANEJO DOS ESTABELECIMENTO				
14. Espécies:		<input type="checkbox"/> caprina		<input type="checkbox"/> ovina
15. Raça (s)				
16. Finalidade:	<input type="checkbox"/> Subsistência <input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Subsistência <input type="checkbox"/> Comercial	
	<input type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Carne e leite		<input type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Carne e leite	
	<input type="checkbox"/> Cria <input type="checkbox"/> Recria <input type="checkbox"/> Engorda		<input type="checkbox"/> Cria <input type="checkbox"/> Recria <input type="checkbox"/> Engorda	
17. Número de animais no rebanho:	F < 1 ano:	M < 1 ano:	F < 1 ano:	M < 1 ano:
	F > 1 ano:	M > 1 ano:	F > 1 ano:	M > 1 ano:
	Total F:	Total M:	Total F:	Total M:
18. ÁREA (hectares)				
19. Início da criação:				
20. Origem dos primeiros animais:		<input type="checkbox"/> nacional(UF) <input type="checkbox"/> importada (país)		<input type="checkbox"/> nacional(UF) <input type="checkbox"/> importada (país)
21. Manejo reprodutivo da espécie exposta:				
a. Estação de parição: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Duração:dias – Período do ano:				
b. Local de parição: <input type="checkbox"/> Campo <input type="checkbox"/> Piquete <input type="checkbox"/> Outro:				
c. Tempo de permanência no local de parição: Pré-parto: dias – pós-parto: dias				
d. Destino da placenta: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Enterrio <input type="checkbox"/> Incineração <input type="checkbox"/> Outro:				
3. IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL AFETADO				
22. Espécie: <input type="checkbox"/> caprina <input type="checkbox"/> ovina		23. Raça:		
24. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		25. Data de nascimento ou Idade:		
26. Nº registro:		27. Tatuagem / Brinco:		
4. HISTÓRICO DA ENFERMIDADE				
28. Data de início dos sinais clínicos:			29. Data da Morte:	
30. Sinais clínicos: <input type="checkbox"/> Automutilação <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Decúbito <input type="checkbox"/> Incoordenação motora <input type="checkbox"/> Movimentação lateral da cabeça <input type="checkbox"/> Mudança de comportamento <input type="checkbox"/> Olhar fixo <input type="checkbox"/> Perda de lã ou pelo <input type="checkbox"/> Perda de peso acentuada <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Ranger dos dentes <input type="checkbox"/> Reflexo de mordiscar <input type="checkbox"/> tremor leve				
31. Descrição dos sinais clínicos (se necessário):				
32. Médico Veterinário responsável pelo diagnóstico clínico Nome: CRMV:				
5. RASTREAMENTO DOS ANIMAIS AFETADOS				
33. Nascimento na propriedade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (indicar propriedade, município, e UF de origem);				

34. Identificação individual e relação de parentesco dos animais de alto risco existente na propriedade:

35. Identificação individual e relação de parentesco e destino dos animais de alto risco movimentados para outras propriedades;

36. Identificação individual dos animais expostos existentes propriedade;

37. Identificação individual e destino dos animais expostos movimentados para outras propriedades;

Local e data:

Identificação e assinatura do Médico Veterinário Oficial: