

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: