



FORM AIE – Formulário de requisição e resultado de teste para AIE (Anemia Infecciosa Equina) - versão Out/2013

FORM Mormo – Formulário de requisição e resultado de teste para Mormo - versão Out/2013

FORM Maleína – Formulário de Registro do teste de maleinização - versão Out/2013

Resenho – Formulário de identificação individual de equídeo - versão Out/2013

FORM EQ - Formulário de investigação clínica e epidemiológica para doenças respiratórias dos EQUÍDEOS - versão Out/2013

Tem por objetivo registrar as informações referentes às atividades de identificação dos equídeos, de requisição e resultados de teste para Anemia Infecciosa Equina – AIE e Mormo, de realização do teste de Maleinização, assim como de investigação clínica, epidemiológica para doenças respiratórias dos equídeos durante atendimentos a suspeitas ou focos de doenças animais. Sempre deve estar associado a um FORM IN ou FORM COM, quando os atendimentos forem realizados pelo serviço veterinário oficial - SVO.

O preenchimento dos formulários deve seguir as orientações da Divisão de Sanidade dos Equídeos, Caprinos, Ovinos e Abelhas, DSECOA/CGCD/DSA/SDA.

Os formulários FORM AIE e FORM Mormo representam os novos modelos que irão substituir aqueles definidos pelas Instruções Normativas SDA nº 45/2004 e 24/2004, respectivamente para AIE e mormo. Portanto, uso dos atuais modelos, quando envolver questões judiciais ou fiscais, deve aguardar a publicação dos novos atos normativos.

No envio de cópias para a unidade central dos serviços veterinários estaduais, para o setor de sanidade animal das superintendências federais de agricultura e para o Departamento de Saúde Animal – DSA/SDA/MAPA, o formulário de colheita e demais anexos disponíveis devem seguir com o FORM IN ou FORM COM correspondente, nos casos dos atendimentos realizados pelo SVO. O fluxo dos formulários deve seguir as orientações constantes no Manual do Sistema Nacional de Informação Zoossanitária – Manual SIZ.

B – PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

De forma geral, informar as datas nos formatos dd/mm/aaaa ou dd/mm/aa (dependendo das orientações específicas para cada campo) e os nomes de municípios, pessoas e estabelecimentos sem abreviaturas. O preenchimento dos campos deve seguir as seguintes orientações:

Em relação aos campos comuns aos formulários FORM AIE e FORM Mormo, observar as seguintes orientações:

IDENTIFICAÇÃO: como os formulários podem ser utilizados tanto pelo SVO como por médicos veterinários que não atuam diretamente nas instituições de defesa sanitária animal, na parte superior estão disponíveis campos específicos para utilização pelo SVO (FORM IN e FORM COM) ou por outros profissionais (Identificação do Formulário), esse procedimento também se aplica à identificação do Resenho:

Nº do FORM IN (para uso do Serviço Veterinário Oficial)

Quando o atendimento for realizado pelo SVO, informar o número do FORM IN que deu origem ao atendimento.

FORM COM?

No caso de atendimento inicial deve ser assinalada a opção “NÃO”. No caso dos atendimentos complementares, assinalar a opção “SIM” e informar o número da visita. Observar que no caso de visita de encerramento não cabe a emissão de formulário de colheita de amostras.

Se “SIM”, informar no quadro a seguir o número da visita.

Identificação do Formulário

Como mencionado, campo reservado para utilização por médicos veterinários não pertencentes ao quadro de profissionais do SVO. Portanto, quando o atendimento for realizado pelo SVO, referido campo deverá permanecer em branco. A identificação é composta pela sigla da UF onde o animal está localizado, e pela Série e Número sequencial que devem atender às orientações publicadas pela DSECOA/CGCD/DSA/SDA.

→ Especificamente para o FORM Mormo, os profissionais, tanto do SVO como de outros segmentos, deverão informar na parte superior do cabeçalho, o tipo de teste requisitado, se FC (Fixação de Complemento) ou WB (*Western Blot*)

Campo 01. Informações sobre o médico veterinário requisitante

Campos reservados para informar o *Nome do Médico Veterinário requisitante; CRMV (no formato número-UF); número de Registro ou cadastrano Serviço Veterinário Oficial – SVO* (a obrigatoriedade do cadastro está aguardando publicação de nova legislação); *CPF; Telefone fixo (código DDD+número); Celular (código DDD+número) e E-mail.*

Campo 02. Informações sobre o proprietário do animal

Campos reservados para registrar o *Nome do proprietário do animal; CPF; Endereço; Município; Unidade Federativa – UF; número de Registro no SVO; Telefone fixo (código DDD+número); Celular (código DDD+número) e E-mail.*



Campo 03. Informações sobre o local onde se encontra o animal

Campos reservados para o registro do *Nome do local*; *Código no SVO*; *Telefone de contato (código DDD+número)*; *Endereço*; *Município*; *UF*; *Tipo: escolher uma das opções → Propriedade Rural, Assentamento, Local para aglomeração, Hospital/Clinica veterinária, Unidade de pesquisa, Alojamento, Haras, Unidade militar, Sociedade hípica, Jôquei club, Propriedade de espera de abate de equídeos, Propriedade fornecedora de equídeos ou Comunidades (faxinal, quilombola, campo público, aldeia indígena ou outro semelhante).*

Campo 04. Finalidade do teste, segundo classificação do laboratório: para Laboratório credenciado, indicar a finalidade, considerando uma das seguintes opções → *Trânsito; Estudo epidemiológico não oficial ou Controle do plantel.* Em se tratando de Laboratório credenciado público, assinalar uma das opções → *Trânsito; Saneamento/investigação de foco ou suspeita ou Estudo epidemiológico oficial.* Para laboratório oficial, considerar → *Reteste (opção somente do FORM AIE); Saneamento/investigação de foco ou suspeita ou Estudo epidemiológico oficial.*

Campo 05. N° de equídeos no momento da colheita

Informar o número de equídeos existentes no estabelecimento no momento da colheita.

Campo 06. Informações sobre o animal

Considerando o animal amostrado, preencher os campos: *Nome*, *Idade* (registrar o número no primeiro quadro e escolher a opção correspondente a → *Dia(s)*, *Mês(es)* ou *Ano(s)*); *Registro/n°/marca/brinco*; *Identificação – ID eletrônica*; *Raça*; *Espécie*, sendo que as opções são: → *Equino, Asinino, Muar ou Zebra*; *Sexo: Macho (M) ou Fêmea (F).*

Fazer as marcações no resenho e preencher os campos: *Pelagem e Descrição.*

O Médico Veterinário requisitante deve assinar, carimbar, indicar a UF, data da colheita (dd/mm/aaaa) e o município.

Campo 07. Para uso exclusivo do Laboratório

Preencher os campos correspondentes ao *Nome do Laboratório de destino da amostra*, *Município*, *UF*, *N° de controle*, *Portaria de credenciamento*, *Telefone*, *E-mail*, *Data do exame*, *Endereço* e *Data da validade do exame.*

O **Responsável Técnico** ou o seu Substituto deve assinar, carimbar e informar o número de sua inscrição no CRMV (CRMV/UF).

Sobre o **Antígeno**, informar a *Marca* (nome comercial), o número da *Partida*.

Preencher o campo *Resultado*.

Para o FORM Maleína, considerar as seguintes orientações gerais:

Trata-se de Formulário utilizado exclusivamente pelo SVO e, portanto, sua identificação deve estar vinculada a um FORM IN e os preenchimentos dos “N° do FORM IN” e “FORM COM?” devem seguir as orientações apresentadas para os formulários FORM AIE e FORM Mormo.

Campo 01. Informações sobre o teste de Fixação de Complemento (FC)

Campos reservados para o registro da *ID (identificação) do laudo laboratorial*; *Resultado do teste, se Positivo, Negativo, Inconclusivo ou Anticomplementar*; *Data do resultado (dd/mm/aaaa)* e *Nome do Laboratório que realizou o teste.* Há espaço para apresentação de resultados para dois testes realizados no mesmo animal.

Campo 02. Informações sobre o animal: preencher de acordo com as orientações apresentadas para o FORM AIE e Mormo.

Campo 03. Informações sobre o exame

Informar, inicialmente, as datas de aplicação da meleína e de leitura do exame.

Escolher uma ou mais das opções para o item “Aplicação realizada no olho” → *Direito ou esquerdo.*

Também é de múltipla escolha o item “Sinais observados durante a leitura”. São opções → *Edema palpebral, Blefaroespasm, Fotofobia, Secreção nasal, Edema palpebral discreto, Dor no local da inoculação e Secreção ocular viscosa ou purulenta.*

Indicar a temperatura retal, em graus Celsius, antes da aplicação e na leitura, nos campos correspondentes.

Fornecer informações sobre a maleína utilizada, preenchendo os campos: *Fabricante*, *Partida*, *Data de validade (dd/mm/aaaa)*, *Interpretação do exame, se Positivo ou Negativo*, *Data de validade do exame.*

Campo 04. Médico Veterinário responsável pelo exame

O Médico Veterinário deve informar seu *Nome*, *CPF*, *Unidade Regional*, *Município de lotação*, *UF*, *Telefone fixo (código DDD+número)* e *E-mail.*

Ao final, deve assinar e carimbar.



Orientações para preenchimento do FORM EQ

Campo 01. N° do FORM-IN

Informar o número do FORM IN que deu origem ao atendimento.

Campo 02. FORM-COM?

No caso de atendimento inicial deve ser assinalada a opção “NÃO”. No caso dos atendimentos complementares, assinalar a opção “SIM” e informar o número da visita. Observar (observar que no caso de visita de encerramento não cabe a emissão de formulário de colheita de amostras.

Se “SIM”, informar no quadro a seguir o número da visita. Considerar que o primeiro FORM-COM preenchido se refere à visita N° 2; ou seja, após a visita N° 1 à propriedade para início da investigação, quando é usado o FORM-IN).

Campo 03. Data: Informar a data no formato dd/mm/aaaa.

Campo 04. Folha: Preencher o primeiro quadro com o número da folha em questão e o seguinte com o número total de folhas.

Campo 05. Informações sobre o estabelecimento

Informar o *Nome do estabelecimento*, *Nome do proprietário*, *Município de localização*, *UF*, identificação da *Unidade Regional*, *Códigos do estabelecimento e do proprietário no SVO*.

Campo 06. Avaliação clínica dos animais doentes

Utilizando a legenda do campo no formulário, informar em cada linha sobre a **Identificação do animal; Espécie – Esp.**, utilizando um dos códigos EQUI, MUA ou ASI; **Sexo** - M, F, FP1/3, F2/3, F3/3;

Idade, preenchendo no primeiro campo a **Unidade – Uni.** e no segundo o **Valor**;

Corrimento nasal: Localização: preencher com o número 1, se *Unilateral* ou 2, se *Bilateral*,

Tipo: usar o(s) código(s) correspondentes - *SE*, para *Seroso*, *MU*, *Mucoso* e *PU*, *Purulento*. Se houver presença de *Sangue*, marcar um “X” na quadrícula.

Os itens **Cavidade nasal**, com opções *Cicatriz*, *Nódulos* e *Úlceras* e **Pele**, com opções *Nódulos*, *Crosta* e *Úlceras* são de múltipla escolha. Portanto, mais de uma quadrícula pode ser marcada.

Na sequência, marcar com um “X”, caso os itens **Dispneia; Tosse, Febre, Aumento de vasos e gânglios linfáticos; Perda de peso crônica e progressiva e Edema de membros** estejam presentes.

Sobre **Tratamento e Amostra**, assinalar quando tiverem sido realizados.

Campo 07. Informações sobre os animais listados no Campo 6

Item 7.1 - **Origem** – descrever nos campos correspondentes a identificação - ID dos nascidos no estabelecimento; ID de oriundos de outro estabelecimento do município; ID de oriundos de outro município do Estado; ID e UF de oriundos de outro Estado.

Item 7.2 - **Histórico de doenças respiratórias** (indicar a identificação - ID) para *Garrotilho; Linfangite; Influenza; Esporotricose; Botriomicose*.

Item 7.3 - **Histórico de vacinação** – informar *Data, Doença e a Identificação – ID dos equídeos vacinados*.

Campo 08. Manejo dos animais no estabelecimento

Marcar uma ou mais das opções → *Alimentação rica em carboidratos (anticomplementar), Uso compartilhado de fômites e Uso compartilhado de cochos e bebedouro*.

Campo 09. Identificação e localização de estabelecimentos onde o proprietário, produtor ou responsável do estabelecimento sob investigação possui animais suscetíveis

Preencher os campos *UF/País; Município; Nome do estabelecimento e Código SVO*.

Campo 10. O estabelecimento possui assistência veterinária – marcar “NÃO” ou “SIM”. Se SIM, Informar Nome, E-mail, Telefone e CRMV.

Campo 11. Nome e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento – informar *Nome, CPF*, carimbar e assinar.