



# ENFERMIDADE HEMORRÁXICA EPIZOÓTICA - PROCEDEMENTO DE XESTIÓN DE SOSPEITAS

## Anexo I – ENQUISA EPIDEMIOLÓXICA

### SOSPEITA DE ENFERMIDADE HEMORRÁXICA EPIZOÓTICA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Veterinarios/as: \_\_\_\_\_

#### DATOS DA EXPLOTACIÓN:

TITULAR: NOME E APELIDOS /RAZÓN SOCIAL	
NIF:	CÓDIGO REGA:
ENDEREZO:	
PARROQUIA:	CONCELLO:
PROVINCIA:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:	
COORDENADAS XEOGRÁFICAS: X: Y:	
CENSO Á DATA DA ENQUISA EPIDEMIOLÓXICA: Nº BOVINOS: Nº OVINOS: Nº CABRÚNS: Nº OUTRAS ESPECIES (INDICAR):	

#### ANAMNESE

DATA ESTIMADA DA APARICIÓN DA ENFERMIDADE	
COMUNICANTE DA SOSPEITA:	<input type="checkbox"/> TITULAR DA EXPLOTACIÓN <input type="checkbox"/> VETERINARIO DA EXPLOTACIÓN (INDICAR NOME E APELIDOS, Nº COLEXIADO, TELÉFONO E CORREO E-) <input type="checkbox"/> OUTRO (SINALAR) .....
¿Presenza de mosquitos transmisores na explotación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
¿Existencia de zonas idóneas para a cría do mosquito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Realízase algún tratamento desinsectante periódico	<input type="checkbox"/> SI, PRODUTO/S: _____ <input type="checkbox"/> NON



### EXAME CLÍNICO DOS ANIMAI

SIGNO	Nº ANIMAI AFECTADOS	SIGNO	Nº ANIMAI AFECTADOS
MALESTAR XERAL		EDEMA / DESCARGA OCULAR	
DEPRESIÓN		EDEMA SUBMAXILAR, SUPRAORBITAL, NASAL	
FEBRE		COXEIRA	
LESIÓNS EN MUCOSA ORAL		CORONITE, LAMINITE	
GLOSITE, LINGUA CONXESTIVA OU CIANÓTICA		SIGNOS RESPIRATORIOS, DISNEA	
SIALORREA		ABORTO	
LESIÓNS EN MUCOSA NASAL		PARTO PREMATURO / NEONATO DÉBIL	
DESCARGA NASAL		LESIÓNS EN UBRE	
FECES CON SANGUE			
Nº TOTAL DE ANIMAI PRESENTES CON SÍNTOMAS COMPATIBLES:			
BOVINOS:		OVINOS:	
		CABRÚNS:	

No caso de haber máis de 1 animal afectado, asignarase un número correlativo a cada crotal e anotarase na táboa anterior os síntomas apreciados correspondentes a cada número asignado.

### CONCLUSIÓNS DO PERSOAL VETERINARIO:

Posible orixe da sospeita: \_\_\_\_\_

Observacións: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Asdo. persoal veterinario actuante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Veterinarios/as CMR: \_\_\_\_\_

