

ANEXO I - FORMULÁRIO DE COLHEITA E ENVIO DE MATERIAL AO LABORATÓRIO PARA VIGILÂNCIA ATIVA EM AVES – PNSA

Identificação da amostra

Termo de colheita nº	Lacre(s) nº	Data da colheita:
¹ País de Origem	² Responsável pela colheita:	

Identificação do estabelecimento avícola

³ Nome do Estabelecimento/Incubat. (razão social) ou Sítio de Aves Migratórias:

Proprietário:

⁴ Nº registro no órgão oficial: _____ Nº cadastro no serviço veterinário oficial: _____

Endereço:

Bairro: _____ Município: _____ U.F. _____

CEP: _____ Fone: _____ Fax: _____

⁵ Empresa: Nome do empresa (razão social): _____

⁶ Endereço:

Bairro: _____ Município: _____ U.F. _____

CEP: _____ Fone: _____ Fax: _____

Identificação do lote de aves

Núcleo: _____ Lote: _____ ⁷ Idade (dia ou sem): _____ ⁸ Nº aves: _____ ⁹ Nº Total granja: _____

¹⁰ **Tipo de Ave**

<input type="checkbox"/> Galinhas	<input type="checkbox"/> Perus	<input type="checkbox"/> Avestruzes	<input type="checkbox"/> Codorna
<input type="checkbox"/> Marreco	<input type="checkbox"/> Pato	<input type="checkbox"/> Emas	<input type="checkbox"/> Perdiz
<input type="checkbox"/> Aves Silvest./Migrat.	<input type="checkbox"/> Aves Ornamentais	<input type="checkbox"/> Outras (especificar)	

¹¹ **Tipo de exploração de aves** Granja Incubatório

<input type="checkbox"/> Matrizes	<input type="checkbox"/> Avós	<input type="checkbox"/> Bisavós	<input type="checkbox"/> Linhas Puras	<input type="checkbox"/> Frango de corte
<input type="checkbox"/> Postura comercial	<input type="checkbox"/> Recria P. comercial	<input type="checkbox"/> Subsistência	<input type="checkbox"/> SPF	<input type="checkbox"/> Prod. Ovos Control.
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)				

Utilização de Vacina contra Doença de Newcastle

¹² Não Sim inat. Sim viva ¹³ Data da última vacinação _____

Utilização de Vacina contra *Salmonella* Enteritidis

¹⁴ Não Sim inat. Sim viva ¹⁵ Data da última vacinação _____

¹⁶ **Tipo de Vigilância**

<input type="checkbox"/> Certificação de estabelecimento de reprodução para <i>Salmonelas</i> e <i>Micoplasmas</i>	<input type="checkbox"/> Monitoramento de estabelecimento comercial para <i>Salmonelas</i>
<input type="checkbox"/> Mortalidade em aves de corte – colheita no SIF	<input type="checkbox"/> Importação
<input type="checkbox"/> Aves de descarte	<input type="checkbox"/> Exportação*
<input type="checkbox"/> Sítios de aves migratórias	<input type="checkbox"/> Compartimentação

*especificar os testes a serem realizados para cada agente a pesquisar, no campo observação

¹⁷ **Agentes a pesquisar**

Newcastle Influenza Aviária Laringotraqueíte *Salmonelas* *Micoplasmas*

¹⁸ **Tipo de quantidade de Amostras Colhidas** (escrever o número de amostras colhidas)

<input type="checkbox"/> Soros nº	<input type="checkbox"/> Suabes de Cloaca nº	<input type="checkbox"/> Suabes de traquéia nº
<input type="checkbox"/> Propé nº	<input type="checkbox"/> Suabes de Arrasto nº	<input type="checkbox"/> Fezes frescas nº
<input type="checkbox"/> Mecônio nº	<input type="checkbox"/> Suabes Fundo Caixas nº	<input type="checkbox"/> Papel de Caixa Transp. nº
<input type="checkbox"/> Aves mortas nº	<input type="checkbox"/> Pintos Mortos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Férteis nº
<input type="checkbox"/> Ovos nº	<input type="checkbox"/> Ovos Bicados nº	
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) nº		
<input type="checkbox"/> Órgãos (especificar) nº		

¹⁹ **Meio para conservação e transporte de amostras**

Material Coletado	Meio utilizado	Validade

Nome do laboratório para o qual o material será enviado

Laboratório: _____

²⁰ **Observações**

Declaração de não utilização de agentes inibidores de crescimento bacteriano, quando da colheita de materiais para vigilância sanitária dos estabelecimentos avícolas comerciais de corte.

Declaro que tenho pleno conhecimento da Norma Técnica do Programa de Gestão de Risco Diferenciado para fins de vigilância epidemiológica para salmoneloses (*Salmonella* Gallinarum, *Salmonella* Pullorum, *Salmonella* Enteritidis e *Salmonella* Typhimurium) disposto na IN nº10 de 11 de abril de 2013, e afirmo que os lotes descritos neste Termo de Colheita não receberam tratamento com agentes inibidores de crescimento bacteriano, no período de 3 semanas (ou mais, caso o período de carência desses agentes seja maior) anteriores a data da colheita oficial para vigilância sanitária dos referidos lotes. Declaro ainda estar ciente de que exames complementares para a detecção de resíduos de agentes inibidores de crescimento bacteriano poderão ser realizados para confirmação desta declaração.

²¹ _____
Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico

Local e Data:

Profissional responsável pela colheita do material:

Médico Veterinário Responsável Técnico

Nome: _____

CRMV: _____

Tel: _____

Assinatura / Carimbo

Médico Veterinário Oficial

Nome: _____

CRMV: _____

Tel: _____

Assinatura / Carimbo