



FORM SH: FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA PARA SÍNDROME HEMORRÁGICA DOS SUÍNOS – VERSÃO Out/2013

Abaixo seguem instruções básicas de preenchimento do presente formulário, destacando-se que a utilização do mesmo deve seguir as recomendações e orientações da Divisão de Sanidade dos Suínos – DSA/CGCD/DSA. O fluxo dos formulários deve seguir as orientações constantes no Manual do Sistema Nacional de Informação Zoossanitária – Manual SIZ.

Informar as datas no formato dd/mm/aaaa e os nomes de municípios, pessoas e estabelecimentos sem abreviaturas. O preenchimento dos campos deve seguir as seguintes orientações:

Campo 1. Referente ao FORM IN

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

Campo 2. 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 inspeção. Observar que no caso de visita de encerramento não cabe a emissão de formulário de colheita de amostras.

Campo 3. Data

Data em que o serviço veterinário oficial realizou a investigação.

Campo 4. Informações sobre o estabelecimento

Campos reservados para registro das informações de identificação e localização do estabelecimento onde se encontram os animais investigados, de acordo com as informações do FORM IN correspondente.

Inclui informações sobre granja ou local de origem dos animais, com espaço para identificação de dois estabelecimentos de origem. No caso de haver mais estabelecimentos de origem, informar no Campo 11, Informações adicionais.

Campo 5. Aspectos relacionados à região

Em 5.1., informar o número de estabelecimentos com suídeos em um raio de 3 km ou marcar a quadrícula se não for possível obter tal informação. No item 5.2. registrar as distâncias em metros da via mais próxima com trânsito de suínos e do estabelecimento mais próximo, com suínos. Responder na questão 5.3. se o proprietário, produtor ou responsável tem rebanhos em outro estabelecimento. Ao marcar “SIM”, relacionar informações sobre o(s) estabelecimento(s) na tabela, incluindo a Unidade Federativa – UF ou país; município; nome do estabelecimento e código SVO.

Campo 6. Aspectos produtivos: assinalar uma ou mais das opções disponíveis em 6.1. → *criação; confinados; semiconfinados; a pasto/extensivo* e também em 6.2. → *reposição de animais; reposição própria; oriunda de terceiros.*

Campo 7. Investigação epidemiológica (para os itens marcados com **, utilizar o campo 11 “Informações adicionais” para complementar, caso necessário).

Os itens 7.1. a 7.3. são de múltipla escolha. Em 7.1., registrar a origem da ração fornecida e em 7.2. sobre o uso de restos de comida e qual a origem, caso seja utilizada. O item 7.3 refere-se à utilização de soro de leite ou restos de lavoura, onde se registra a origem, caso seja utilizada. Sempre estará disponível a opção *Não se aplica* (NA).

De 7.4. a 7.11., marcar a opção “SIM” ou “NÃO” e completar, nos casos afirmativos em que for requisitado, quanto ao tratamento térmico dos alimentos; acesso dos animais a lixões; proteína de origem animal como fonte de alimentação; contato com suínos selvagens; contato com outros suínos domésticos; evidências do uso regular de vacina contra Peste Suína Clássica – PSC; tratamento da água de consumo e vazão sanitário entre lotes.

Campo 8. Investigação clínica da população animal

De 8.1. a 8.7., marcar a opção “SIM”, “NÃO” ou “NA” (Não se aplica) referente às questões sobre ocorrência de alta mortalidade de animais jovens (caso sim, especificar a idade no campo 11); morte em 5 a 25 dias após o início da doença; natimortalidade; leitegada com baixo número de leitões; tremor congênito e debilidade; alto número de animais refugio e mumificação fetal.

Campo 9. Lesões e sinais clínicos observados nos animais (caso necessário, complementar no campo 11, “Informações adicionais”).

Assinalar uma ou mais das opções disponíveis para cada um dos seguintes itens → *nada observado* (quando não há sinais clínicos nos animais inspecionados); *estado geral*; *sistema respiratório*; *sistema nervoso*; *sistema digestório*; *sistema reprodutivo*; *sistema tegumentar* e *sistema linfático*.

Campo 10. O estabelecimento possui assistência veterinária: marcar “NÃO” ou “SIM”. Se “SIM”, preencher os demais campos referentes à identificação do profissional responsável pela assistência.

Campo 11. Informações adicionais. Campo usado para incluir outras informações pertinentes ou complementar dados dos campos anteriores.

Campo 12. Nome e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento

Reservado para identificação, aposição de carimbo e assinatura do médico veterinário responsável pelo atendimento.