

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Av. Anhanguera, 5195 – Setor Coimbra – Goiânia – GO CEP. 74043-011
Fone: (62) 3201-4141/3201-4101
www.visa.goias.gov.br - visago@visa.goias.gov.br – zoonoses.go@gmail.com

LEISHMANIOSE CANINA

INQUÉRITO () DEMANDA ESPONTÂNEA ()

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (colocar nome do município, nome do proprietário/número do cadastro do animal no Gal no tubito)

N.º _____ **Nome do Animal:** _____ **Sexo:** _____

Idade: _____ Raça: _____ Cor _____

Leishmaniose Tegumentar () Leishmaniose visceral ()

Sinais Clínicos Presentes: _____

Presença de lesões: Não() Sim() Única() Múltiplas() Quantas? _____

Ulcerada() Nodular () Localização _____

Convive com outros animais? () Sim () Não

Área urbana() Rural () Mata ()

Outros exames: Não() Sim() Quais? _____

Resultados: _____

Deslocamentos Anteriores: _____ Data ___/___/___

Data de Início dos Sintomas ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Tempo: _____

Tel. Residencial (____) _____ Celular(____) _____

Residência Anterior: _____ U.F: _____

Tempo: _____ Ano: _____

EXAME

SOROLÓGICO () PARASITOLÓGICO () OUTRO () _____

MATERIAL

SORO () BIÓPSIA () OUTRO () _____

Veterinário: _____ Função: _____

e-mail _____ Tels.:() _____

Data Coleta ___/___/20___ **Data Entrega no Lacen** ___/___/___

Informações Lacen : (62) 3201 9669