

LEISHMANIOSE CANINA

Nº. NOT.SINAN _____
(FICHA DE EPIZOOTIA)

INQUÉRITO () DEMANDA ESPONTÂNEA ()

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (colocar nome do animal, nome do proprietário e nº completo da requisição do GAL no tubo da amostra)

Req. No GAL: _____ Nome do Animal: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Raça: _____ Cor: _____

Sinais Clínicos Presentes: _____

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

Ulcerada() Nodular () Localização _____

Convive com outros animais? () Sim () Não

Área urbana() Rural () Mata ()

Exames realizados: Não() Sim() Quais? _____

Resultados: _____

Deslocamentos Anteriores: _____ Data ____/____/____

Data de Início dos Sintomas ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL PELO ANIMAL

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Tempo residência _____

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

Residência Anterior: _____ U.F: _____

Tempo: _____ Ano: _____

EXAME SOLICITADO

SOROLÓGICO () PARASITOLÓGICO () OUTRO () _____

MATERIAL

SORO () BIÓPSIA () OUTRO () _____

Veterinário: _____ Unidade de saúde _____

e-mail _____ Tels.:() _____

Data Coleta: ____/____/____ Data Entrega no LACEN ____/____/____

Informações LACEN: (62) 3201 9647 E-mail: imunoparasitogo@gmail.com

Missão: Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública.