

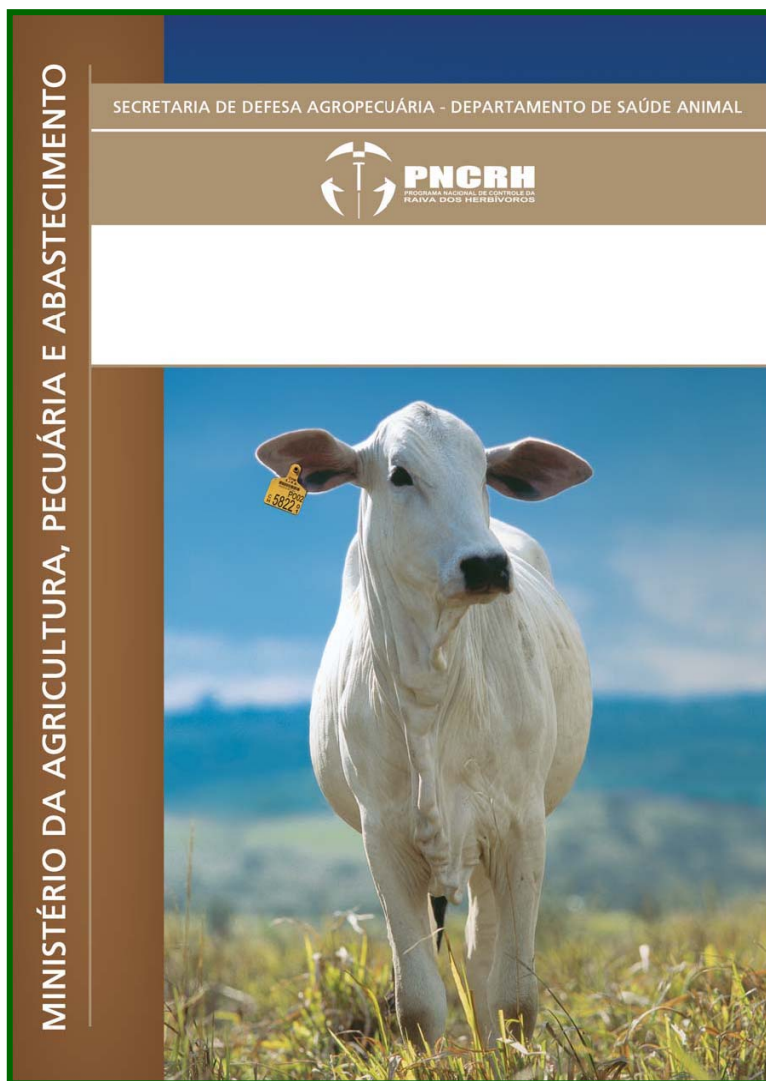
Formulários e Fichas

Utilizados nas ações do PNCRH



Manual Técnico para o Controle da Raiva dos Herbívoros, edição 2005.

portaria SDA nº 168, de 27/09/2005



Formulário Único de Requisição de Exames para Síndrome Neurológica

Anexo II, página 89



FORMULÁRIO ÚNICO DE EXAMES PARA SÍNDROME NEUROLÓGICA

Nº _____ /UF _____

¹Responsável: _____ ²Registro Profissional nº: _____
³Endereço: _____ Município: _____ UF: _____
 Telefone: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

¹Proprietário: _____
²Propriedade: _____ ³Coordenadas: _____
⁴Localização: _____
 Município: _____ UF: _____ Telefone: () _____ Fax: () _____
 E-mail: _____

¹Espécie: Bovídea Eqüídea Ovina Caprina Canina Felina Suína
 MH MNH Animais Silvestres Especificar qual An. Silv.: _____
²Identificação: _____ Idade: _____ meses Sexo: M F Raça: _____
³O animal ingeriu ração em alguma fase da vida? Não Sim Quando? _____
 Havia outras espécies afetadas? Não Sim Quais? _____
⁴Número de animais: no rebanho (_____) doentes (_____) mortos (_____)
⁵O animal morto já foi vacinado para: Raiva Clostridiose Cinomose Lepstospirose
 Botulismo Outras Quando? _____

¹Origem da Notificação: Proprietário Terceiro Vigilância Data da Notificação: ____/____/____
²Data da 1ª visita: ____/____/____ Data provável do início da doença: ____/____/____
³Tipos de sinais clínicos apresentados:

Morte súbita..... <input type="checkbox"/>	Movimento de pedagem... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros posteriores... <input type="checkbox"/>
Depressão..... <input type="checkbox"/>	Convulsões..... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros anteriores... <input type="checkbox"/>
Ataxia..... <input type="checkbox"/>	Dismetria..... <input type="checkbox"/>	Alteração comportamental..... <input type="checkbox"/>
Paralisia, mas alerta... <input type="checkbox"/>	Tremores..... <input type="checkbox"/>	Fotofobia/Aerofobia..... <input type="checkbox"/>
Priapismo..... <input type="checkbox"/>	Nistagmo..... <input type="checkbox"/>	Sialorréia..... <input type="checkbox"/>
Cegueira..... <input type="checkbox"/>	Tenesmo..... <input type="checkbox"/>	Midriase..... <input type="checkbox"/>
Incoordenação..... <input type="checkbox"/>	Apetite anômalo..... <input type="checkbox"/>	Agressividade..... <input type="checkbox"/>
Tetania..... <input type="checkbox"/>	Espasmos musculares... <input type="checkbox"/>	Opistótono..... <input type="checkbox"/>

Duração dos sinais clínicos (desde o início até a morte/sacrifício): _____ horas Sacrificado Sim Não
 Havia animais que se recuperaram dos sinais clínicos? Sim Não Que percentual? _____ %
 Houve contato direto de pessoas com animais suspeitos? Sim Não

¹Tipo de amostra encaminhada: Encéfalo Medula Visceras/Outras Quais? _____
 Dia e hora provável da morte: ____/____/____ às ____:____
 Dia e hora da colheita da(s) amostra(s): ____/____/____ às ____:____
 Tempo decorrido entre a colheita e a fixação do material: _____ hora(s)
 Material conservado em: _____

Observações:

¹ Espécie: Bovídea Equídea Ovina Caprina Canina Felina Sulina
 MH MNH Animais Silvestres Especificar qual An. Silv.: Desmodus rotundus
² Identificação: _____ Idade: _____ meses Sexo: M F Raça: _____
³ O animal ingeriu ração em alguma fase da vida? Não Sim Quando? _____
 Havia outras espécies afetadas? Não Sim Quais? _____
⁴ Número de animais: no rebanho (_____) doentes (_____) mortos (_____)
⁵ O animal morto já foi vacinado para: Raiva Clostridiose Cinomose Leptospirose
 Botulismo Outras _____ Quando? _____

C - Descrição do animal suspeito e do rebanho em que se encontrava:

1. Marcar a espécie animal referente à amostra encaminhada, devendo especificar pelo menos o nome vulgar caso seja oriunda de animal silvestre. **MH (Morcegos Hematófagos)**, MNH (Morcegos não Hematófagos).

2 e 3 - Não cabe, no caso de envio do MH.

4. Caso a amostra encaminhada seja procedente de animais de companhia ou de animais silvestres, deve-se desconsiderar essa informação.

5. Idem



FORMULÁRIO ÚNICO DE EXAMES PARA SÍNDROME NEUROLÓGICA

Nº _____ /UF _____

¹Responsável: _____ ²Registro Profissional nº: _____
³Endereço: _____ Município: _____ UF: _____
 Telefone: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

¹Proprietário: _____
²Propriedade: _____ ³Coordenadas: _____
⁴Localização: _____
 Município: _____ UF: _____ Telefone: () _____ Fax: () _____
 E-mail: _____

¹Espécie: Bovídea Eqüídea Ovina Caprina Canina Felina Suína
 MH MNH Animais Silvestres Especificar qual An. Silv.: _____
²Identificação: _____ Idade: _____ meses Sexo: M F Raça: _____
³O animal ingeriu ração em alguma fase da vida? Não Sim Quando? _____
 Havia outras espécies afetadas? Não Sim Quais? _____
⁴Número de animais: no rebanho (_____) doentes (_____) mortos (_____)
⁵O animal morto já foi vacinado para: Raiva Clostridiose Cinomose Lepstospirose
 Botulismo Outras Quando? _____

¹Origem da Notificação: Proprietário Terceiro Vigilância Data da Notificação: ____/____/____
²Data da 1ª visita: ____/____/____ Data provável do início da doença: ____/____/____
³Tipos de sinais clínicos apresentados:

Morte súbita..... <input type="checkbox"/>	Movimento de pedagem..... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros posteriores... <input type="checkbox"/>
Depressão..... <input type="checkbox"/>	Convulsões..... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros anteriores... <input type="checkbox"/>
Ataxia..... <input type="checkbox"/>	Dismetria..... <input type="checkbox"/>	Alteração comportamental..... <input type="checkbox"/>
Paralisia, mas alerta... <input type="checkbox"/>	Tremores..... <input type="checkbox"/>	Fotofobia/Aerofobia..... <input type="checkbox"/>
Priapismo..... <input type="checkbox"/>	Nistagmo..... <input type="checkbox"/>	Sialorréia..... <input type="checkbox"/>
Cegueira..... <input type="checkbox"/>	Tenesmo..... <input type="checkbox"/>	Midriase..... <input type="checkbox"/>
Incoordenação..... <input type="checkbox"/>	Apetite anômalo..... <input type="checkbox"/>	Agressividade..... <input type="checkbox"/>
Tetania..... <input type="checkbox"/>	Espasmos musculares... <input type="checkbox"/>	Opistótono..... <input type="checkbox"/>

Duração dos sinais clínicos (desde o início até a morte/sacrifício): _____ horas Sacrificado Sim Não
 Havia animais que se recuperaram dos sinais clínicos? Sim Não Que percentual? _____ %
 Houve contato direto de pessoas com animais suspeitos? Sim Não

¹Tipo de amostra encaminhada: Encéfalo Medula Visceras/Outras Quais? _____
 Dia e hora provável da morte: ____/____/____ às ____:____
 Dia e hora da colheita da(s) amostra(s): ____/____/____ às ____:____
 Tempo decorrido entre a colheita e a fixação do material: _____ hora(s)
 Material conservado em: _____

Observações:

¹ Origem da Notificação: Proprietário Terceiro Vigilância Data da Notificação: ___/___/___

² Data da 1ª visita: ___/___/___ Data provável do início da doença: ___/___/___

³ Tipos de sinais clínicos apresentados:

Morte súbita..... <input type="checkbox"/>	Movimento de pedagem... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros posteriores... <input type="checkbox"/>
Depressão..... <input type="checkbox"/>	Convulsões..... <input type="checkbox"/>	Paralisia flácida dos membros anteriores... <input type="checkbox"/>
Ataxia..... <input type="checkbox"/>	Dismetria..... <input type="checkbox"/>	Alteração comportamental..... <input checked="" type="checkbox"/>
Paralisia, mas alerta... <input type="checkbox"/>	Tremores..... <input type="checkbox"/>	Fotofobia/Aerofobia..... <input type="checkbox"/>
Priapismo..... <input type="checkbox"/>	Nistagmo..... <input type="checkbox"/>	Sialorréia..... <input type="checkbox"/>
Cegueira..... <input type="checkbox"/>	Tenesmo..... <input type="checkbox"/>	Midriase..... <input type="checkbox"/>
Incoordenação..... <input type="checkbox"/>	Apetite anômalo..... <input type="checkbox"/>	Agressividade..... <input type="checkbox"/>
Tetania..... <input type="checkbox"/>	Espasmos musculares... <input type="checkbox"/>	Opistótono..... <input type="checkbox"/>

Duração dos sinais clínicos (desde o início até a morte/sacrifício): _____ horas Sacrificado Sim Não

Havia animais que se recuperaram dos sinais clínicos? Sim Não Que percentual? _____ %

Houve contato direto de pessoas com animais suspeitos? Sim Não

¹ Tipo de amostra encaminhada: Encéfalo Medula Visceras/Outras Quais? **morcego**

Dia e hora provável da morte: _____ às _____ : _____

Dia e hora da colheita da(s) amostra(s): _____ às _____ : _____

Tempo decorrido entre a colheita e a fixação do material: _____ hora(s)

Material conservado em: _____

D - Ações na propriedade suspeita e os sinais clínicos apresentados:

1. Marcar apenas um quadrículo, baseado na fonte notificante, citando inclusive a data da notificação / 2. Citar a data da primeira visita na propriedade gerada devido ao item 1. 3.- cabe parcialmente

E - Informações sobre a coleta, acondicionamento e conservação da amostra:

Devem-se especificar as amostras encaminhadas, sempre quando o quadrículo “outros” for marcado.

F - Observações: Espaço reservado para qualquer outra informação considerada pertinente pelo responsável do envio da amostra, inclusive informando agressões em pessoas, caso tenha ocorrido.



Ficha de Controle
de
Morcegos Hematófagos

Anexo IV, página 92



FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário _____
2- Nome da propriedade _____ Coordenadas: _____
3- Nome ou identificação do retiro/sub-sede (se houver) _____
3- Município _____ 4- Unidade local veterinária _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª Obs. DATA / /	2ª Obs.* DATA / /	1ª Obs. DATA / /	2ª Obs.* DATA / /	1ª Obs. DATA / /	2ª Obs.* DATA / /
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Houve pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____
Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

Caso haja relatos de agressões a pessoas por morcegos hematófagos, deve-se, obrigatoriamente, comunicar oficialmente às autoridades de Saúde (municipal, estadual e federal).

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

1- Nos currais? Sim Não
2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS/DATA							
	1ª Captura / /	2ª Captura / /	3ª Captura / /	4ª Captura / /	5ª Captura / /	6ª Captura / /	7ª Captura / /
Nº							

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5- TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampiricida nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____
Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

- 1- Nome do proprietário _____
 2- Nome da propriedade _____ Coordenadas: _____
 3- Nome ou identificação do retiro/sub-sede(se houver) _____
 3- Município _____ 4- Unidade local veterinária _____

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Hoje pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____
 Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

- 1- Nos currais? Sim Não
 2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NUMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS DATA							
	1ª Captura ____/____/____	2ª Captura ____/____/____	3ª Captura ____/____/____	4ª Captura ____/____/____	5ª Captura ____/____/____	6ª Captura ____/____/____	7ª Captura ____/____/____
Nº							

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampiricida nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____
 Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Observações:

Local e data _____

Assinatura _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário _____

2- Nome da propriedade _____ Coordenadas: _____

3- Nome ou identificação do retiro/sub-sede (se houver) _____

3- Município _____ 4- Unidade local veterinária _____

1- Nome do proprietário - completo (sem abreviações)

2- Nome completo da propriedade. Coordenadas (Sede/Porteira ?) - registrar as coordenadas da propriedade utilizando a latitude e a longitude (sistema geodésico) no formato hddd°mm'ss.s".

3- Município

4- Unidade Local Veterinária - Escritório/ Inspetoria
- A que responda por este atendimento junto a coordenação central



FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário: _____
2- Nome da propriedade: _____ Coordenadas: _____
3- Nome ou identificação do retiro/sítio-sede (se houver): _____
3- Município: _____ 4- Unidade local veterinária: _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª. Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Houve pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____

Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

1- Nos currais? Sim Não

2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NUMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS DATA

	1ª Captura _/_/_	2ª Captura _/_/_	3ª Captura _/_/_	4ª Captura _/_/_	5ª Captura _/_/_	6ª Captura _/_/_	7ª Captura _/_/_
Nº							

4 - POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampiricida nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____

Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Observações:

Local e data: _____

Assinatura: _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª. Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_	1ª.Obs. DATA _/_/_	2ª. Obs.* DATA _/_/_
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Houve pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____
 Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

Nº Total de animais na propriedade

O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aprox. 15 dias.

Agressões a pessoas por MH, deve-se Obrigatoriamente comunicar oficialmente a autoridade da Saúde (M/E ou F)



b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES		Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES		
ESPÉCIE	1ª.Obs. DATA 10 / 10 / 07	2ª. Obs.* DATA 25 / 10 / 07	1ª. Obs. DATA 10 / 10 / 07	2ª. Obs.* DATA 25 / 10 / 07	1ª.Obs. DATA 10 / 10 / 07	2ª. Obs.* DATA 25 / 10 / 07
Bovídea	15	15	10	5	20	10
Eqüídea	5	5	3	5	6	10
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Houve pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____

Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses



FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário: _____
2- Nome da propriedade: _____ Coordenadas: _____
3- Nome ou identificação do retiro (sub-sede, se houver): _____
3- Município: _____ 4- Unidade local veterinária: _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

1- Nos currais? Sim Não

2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS/DATA

	1ª Captura ____/____/____	2ª Captura ____/____/____	3ª Captura ____/____/____	4ª Captura ____/____/____	5ª Captura ____/____/____	6ª Captura ____/____/____	7ª Captura ____/____/____
Nº							

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampirizada nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____

Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Observações:

Local e data: _____

Assinatura: _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

1- Nos currais? Sim Não

2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS/DATA							
	1ª Captura	2ª Captura	3ª Captura	4ª Captura	5ª Captura	6ª Captura	7ª Captura
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Nº							

Nº Obtido na ficha de
Cadastramento de
abrigos de MH

Coordenadas do abrigo:

S.....W.....

hddd°mm”ss.s”



FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário: _____
 2- Nome da propriedade: _____ Coordenadas: _____
 3- Nome ou identificação do retiro (sub-sede) (se houver): _____
 3- Município: _____ 4- Unidade local veterinária: _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Hove pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____
 Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

1- Nos currais? Sim Não
 2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS DATA							
	1ª Captura ____/____/____	2ª Captura ____/____/____	3ª Captura ____/____/____	4ª Captura ____/____/____	5ª Captura ____/____/____	6ª Captura ____/____/____	7ª Captura ____/____/____
Nº							

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBÍVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampirizada nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____
 Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Observações: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS



FICHA DE CONTROLE DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

a) IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE:

1- Nome do proprietário: _____
2- Nome da propriedade: _____ Coordenadas: _____
3- Nome ou identificação do retiro (sub-sede) (se houver): _____
3- Município: _____ 4- Unidade local veterinária: _____

b) POPULAÇÃO ANIMAL E OBSERVAÇÃO DE MORDEDURAS POR *Desmodus rotundus*:

NÚMERO DE ANIMAIS EXISTENTES			Nº DE ANIMAIS OBSERVADOS COM MORDEDURAS RECENTES		Nº TOTAL DE MORDEDURAS RECENTES	
ESPÉCIE	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____	1ª Obs. DATA ____/____/____	2ª Obs.* DATA ____/____/____
Bovídea						
Eqüídea						
Suína						
Ovina						
Caprina						
Outras						

Hove pessoas agredidas por morcegos? Não Sim Quantas? _____
Quanto tempo ocorre agressão? _____ meses

c) CAPTURAS E TRATAMENTOS DE *Desmodus rotundus*:

1- Nos currais? Sim Não
2- Nos abrigos? Sim Não Caso afirmativo, qual o número de cadastro do abrigo? _____

NÚMERO DE MORCEGOS CAPTURADOS DATA							
	1ª Captura ____/____/____	2ª Captura ____/____/____	3ª Captura ____/____/____	4ª Captura ____/____/____	5ª Captura ____/____/____	6ª Captura ____/____/____	7ª Captura ____/____/____
Nº							

4 – POPULAÇÃO DE MORCEGOS EXISTENTE NO ABRIGO:

DATA	ANTES DO TRATAMENTO		DATA	APÓS O TRATAMENTO	
	MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS		MORCEGOS HEMATÓFAGOS EXISTENTES (Nº estimado)	Nº DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS CAPTURADOS E TRATADOS

5 - TRATAMENTO NOS HERBIVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampirizada nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____
Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:

Local e data: _____

Assinatura: _____

* O retorno à propriedade em questão deve ocorrer, aproximadamente, 15 dias após a 1ª captura

5 - TRATAMENTO NOS HERBIVOROS (aproveitar a oportunidade para orientar o produtor rural sobre o uso correto da pasta)

Foi aplicada pasta vampiricida nas agressões dos herbívoros? Não Sim Período: _____

Nº de herbívoros tratados: _____

Observações:



Tipos de abrigos : maternidade, machos e digestório



Ficha de Cadastramento de Abrigo de Morcegos Hematófagos

Anexo V, página 93



FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Bueiro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUE CONTROLE	
DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO

9. Observações:

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Buciro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUVE CONTROLE	
DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO

9. Observações:

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura _____

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

* O Número do abrigo deve ser seqüencial e crescente para cada município.

Coordenadas da propriedade:

S.....W.....

hddd°mm”ss.s”



FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Bueiro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUVE CONTROLE	
DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO

9. Observações:

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Bueiro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()



Tipos de abrigos : maternidade, machos e digestório



FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Buciro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUE CONTROLE	
DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO

9. Observações:

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura _____

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUE CONTROLE	
----------------------------------	--	--	--	---------------	--

DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO



Uma visita/ano



vestigios.....



FICHA DE CADASTRAMENTO DE ABRIGO DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS

1. Número do abrigo* _____ Coordenadas: _____

2. Unidade Local onde está localizado o abrigo _____

3. Município _____

4. Propriedade _____ Retiro (sub-sede) _____

5. Proprietário _____

6. Pessoa que conhece o abrigo _____

7. Tipo de abrigo:

7.1 - Furna ()

7.5 - Buciro ()

7.2 - Porão ()

7.6 - Caverna ()

7.3 - Túnel ()

7.7 - Outros _____

7.4 - Oco de árvore ()

8. Visitas ao abrigo

PRESENÇA DE MORCEGOS HEMATÓFAGOS				HOUVE CONTROLE	
DATA	SIM	NÃO	SUSPEITA	SIM	NÃO

9. Observações:

Tipos de abrigos : maternidade, machos e digestório

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura _____

PNCRH

www.agricultura.gov.br

pncrh@agricultura.gov.br

