



Prefeitura Municipal Espírito Santo do Pinhal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE - CCZ

Número de Série /01

FICHA DE INQUÉRITO DE FOCO DE RAIVA

(Espécie Animal) Data / /

IDENTIFICAÇÃO

Proprietário:
Endereço: Número:
Bairro: Cidade: Estado: CEP:
Telefones:
Residencial Comercial Contatos
Ref. Para Localização:

Animal:
Raça Sexo Porte Idade Pelagem (Cor / Tipo)

Sinais Particulares:

HISTÓRICO

Vacinação anterior: Número de Doses Data da Última Vacinação / /
Envolvimento com outros animais: NÃO ☐ SIM ☐ Cães Gatos Bovinos Equinos
QuirópterosOutros
Primeiros Sintomas / /
Queixas Relatadas:
Sintomas Observados:

ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	SALIVAÇÃO	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	GASTROENTERITE	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
----------------------------	--	-----------	--	----------------	--

SINTOMATOLOGIA NEUROLÓGICA	INCOORDENAÇÃO MOTORA	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	PARALISIAS:	MEMBROS ANTERIORES	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
	TIQUES NERVOSOS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		MEMBROS INFERIORES	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
	CONVULSÕES	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		MAXILAR	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>

REFLEXOS PUPILARES	AUSENTES <input type="checkbox"/> PRESENTES <input type="checkbox"/>	ESTRABISMO	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	OUTROS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
				ESPECIFICAR.....	SIM <input type="checkbox"/>

Data do Óbito / /

Coleta de Material para Laboratório: Responsável Órgão

Data do Encaminhamento: / / Laboratório de Destino:

Data da Comunicação: / / Exame:

Envolvimento de outros Animais: CÃES NÃO ☐ SIM ☐ QUANTOS: IFD / BIOLÓGICA

GATOS NÃO ☐ SIM ☐ QUANTOS:
(RELACIONAR / VERIFICAR ATENDIMENTO MÉDICO)

Envolvimento de Pessoas: NÃO ☐ SIM ☐

(NOME / NÚMERO / FICHA DE ATENDIMENTO / MÉDICO / UNIDADE / MÉDICO RESPONSÁVEL / DATA / TIPO DA VACINA)

RECURSOS DA COMUNIDADE

IGREJAS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	FARMÁCIAS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	ESCOLAS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
SERVIÇOS DE SAÚDE	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	AGENTES COMUNITÁRIOS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	SOC. AMIGOS DE BAIRRO	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
SINDICATOS / COOPERATIVAS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	OUTROS	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	OUTROS ESPECIFICAR.....	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>

CONTATOS:
1.
2.
3.
4.
5.
(NOME / TELEFONE / OUTRAS INFORMAÇÕES)

