



Prefeitura Municipal de Espírito Santo do Pinhal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Espírito Santo do Pinhal

CENTRO DE CONTROLE DE ZONÓSES

CCZ _____

Nº F _____

FICHA DE OBSERVAÇÃO DIÁRIA

Identificação do Animal	
Espécie _____	Sexo _____
Raça _____	Idade _____
Pelame _____	Porte _____

Responsável pelo Animal	
Nome: _____	
Endereço: _____	
Tel.: _____	

Sintomas	Dias	Data	01.º	02.º	03.º	04.º	05.º	06.º	07.º	08.º	09.º	10.º	11.º	12.º
Estado Geral	Bom													
	Regular													
	Mau													
Lesões Corporais	Cabeça													
	Tronco													
	Mat. Anterior													
	Mat. Posterior													
Comportamento	Normal													
	Agressivo													
	Apático													
	Prostrado													
	Coma													
Latido	Normal													
	Bitonal													
Salivação	Ausente													
	Presente													
Reflexo Pupilar	Normal													
	Ausente													
Corrimento Ocular	Ausente													
	Presente													
Diarréia	Ausente													
	Presente													
Vômito	Ausente													
	Presente													
Paralisias	Maxilar													
	M. Posterior													
	Ausente													
Mioclonias	Ausente													
	Presente													
Convulsões	Ausente													
	Presente													
Diagnóstico Clínico	Sadia													
	Doenças													
	Suspeito													
	Raivoso													
Óbito														

Observações: _____

Destino do Animal

Proprietário ☐

Laboratório ☐

Sacrifício ☐

Ciência do Proprietário

Assinatura _____

RG: _____

Médico Veterinário Responsável

Esp. Sto. Pinhal ____/____/____

Assinatura _____