

NOTIFICAÇÃO - ANIMAIS DOENTES

Data: _____ Hora: _____

Unidade/Biotério: _____


Nome: _____

Contato (telefone/e-mail): _____

Docente/Pesquisador responsável: _____

Contato (telefone/e-mail): _____

CEUA (nº/ano/validade): _____

SALA:	Nº RACK/ESTANTE:
Nº CAIXA:	IDADE:
ESPÉCIE:	LINHAGEM:
() MACHO () FÊMEA () NINHADA	Nº AFETADOS/TOTAL NA CAIXA:
OCORRÊNCIA OBSERVADA (assinale):	
() ANIMAL DOENTE () TRAUMAS () ANIMAL MORTO	
() OUTROS (Ex. alterações no ambiente/alojamento; bebedouro vazado; ração mofada)	
DESTINO DA CARÇAÇA: () Freezer/descarte () Necrópsia. Local: _____	
DIAGRAMA DAS LESÕES (circule a área afetada):	
	
CONDIÇÃO CORPORAL (assinale):	1 2 3 4 5
*1 = MUITO MAGRO/EMACIADO; 2 = MAGRO; 3 = IDEAL; 4 = SOBREPESO; 5 = OBESO	

PROBLEMA(S) OBSERVADO(S) (assinale):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Postura anormal/encurvada | <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Dificuldade de locomoção |
| <input type="checkbox"/> Perda de peso | <input type="checkbox"/> Ferimentos traumáticos | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| <input type="checkbox"/> Pelo áspero/sujo | <input type="checkbox"/> Prurido | <input type="checkbox"/> Alterações de comportamento |
| <input type="checkbox"/> Aumento de volume abdominal | <input type="checkbox"/> Dermatite | <input type="checkbox"/> Distocia |
| <input type="checkbox"/> Má oclusão | <input type="checkbox"/> Abscessos | <input type="checkbox"/> Canibalismo |
| <input type="checkbox"/> Prolapso (retal; uterino) | <input type="checkbox"/> Secreção porfirínica | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Secreção nasal/espirros | <input type="checkbox"/> Icterícia |
| <input type="checkbox"/> Períneo com manchas de urina | <input type="checkbox"/> Secreções oculares | <input type="checkbox"/> Palidez |
| <input type="checkbox"/> Presença de massas/tumores | <input type="checkbox"/> Torcicolo | <input type="checkbox"/> Cianose |
| <input type="checkbox"/> Outros (descreva): | | |

OBSERVAÇÕES SOBRE O EXPERIMENTO/AMBIENTE:

AValiação CLÍNICA DO MÉDICO-VETERINÁRIO:

PLANO/TRATAMENTO:

RESULTADO:

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUPERADO | <input type="checkbox"/> MELHORA DO QUADRO | <input type="checkbox"/> NÃO HOUVE ALTERAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> MORTO | <input type="checkbox"/> REALIZADA EUTANÁSIA | <input type="checkbox"/> UTILIZADO EM EXPERIMENTAÇÃO |

ASSINATURA/CARIMBO (M.V.):

DATA: __/__/__