# FORMULÁRIO DE COLHEITA E ENVIO DE MATERIAL AO LABORATÓRIO PARA VIGILÂNCIA ATIVA EM AVES *– PNSA*

**Identificação da amostra**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termo de colheita nº  | Lacre(s)nº  | Data da colheita:  |
| 1 País de Origem Brasil  | 2 Responsável pela colheita:  |

#### Identificação do estabelecimento avícola

|  |
| --- |
| 3 Nome do Estabelecimento/Incubat. (razão social) ou Sítio de Aves Migratórias:  |
| Proprietário:  |
| 4 Nº registro no órgão oficial:  | Nº cadastro no serviço veterinário oficial:  |
| Endereço:  |
| Bairro:  | Município:  | U.F. |
| CEP:  | Fone:  | Fax:  |
| 5 Empresa: Nome do empresa (razão social):  |
| 6 Endereço:  |
| Bairro:  | Município:  | U.F.  |
| CEP:  | Fone:  | Fax:  |

#### Identificação do lote de aves

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Núcleo:  | Lote:  | 7 Idade (dia ou sem):  | 8 Nº aves:  | 9 Nº Total granja:  |

#### 10 Tipo de Ave

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Galinhas | [ ]  Perus | [ ]  Avestruzes | [ ]  Codorna |
| [ ]  Marreco  | [ ]  Pato  | [ ]  Emas | [ ]  Perdiz  |
| [ ]  Aves Silvest./Migrat.  | [ ]  Aves Ornamentais  | [ ]  Outras (especificar) |

#### 11 Tipo de exploração de aves [ ] Granja [ ]  Incubatório

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Matrizes | [ ]  Avós | [ ]  Bisavós | [ ]  Linhas Puras | [ ]  Frango de corte  |
| [ ] Postura comercial | [ ]  Recria P. comercial | [ ]  Subsistência | [ ]  SPF | [ ]  Prod. Ovos Control. |
| [ ]  Outros (especificar) |

#### Utilização de Vacina contra Doença de Newcastle

|  |  |
| --- | --- |
| 12 [ ]  Não [ ]  Sim inat. [ ]  Sim viva | 13 Data da última vacinação  |

#### Utilização de Vacina contra *Salmonella* Enteritidis

|  |  |
| --- | --- |
| 14 [ ]  Não [ ]  Sim inat. [ ]  Sim viva | 15 Data da última vacinação  |

#### 16 Tipo de Vigilância

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Certificação de estabelecimento de reprodução para Salmonelas e Micoplasmas | [ ]  Monitoramento de estabelecimento comercial para Salmonelas |
| [ ]  Mortalidade em aves de corte – colheita no SIF | [ ]  Importação |
| [ ]  Aves de descarte | [ ]  Exportação\* |
| [ ]  Sítios de aves migratórias | [ ]  Compartimentação |

#### \*especificar os testes a serem realizados para cada agente a pesquisar, no campo observação

#### 17 Agentes a pesquisar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Newcastle  | [ ]  Influenza Aviária  | [ ]  Laringotraqueíte | [ ]  Salmonelas | [ ]  Micoplasmas  |

#### 18 Tipo de quantidade de Amostras Colhidas (escrever o número de amostras colhidas)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Soros nº  | [ ]  Suabes de Cloaca nº  | [ ]  Suabes de traquéia nº  |
| [ ]  Propé nº  | [ ]  Suabes de Arrasto nº  | [ ]  Fezes frescas nº  |
| [ ]  Mecônio nº  | [ ]  Suabes Fundo Caixas nº  | [ ]  Papel de Caixa Transp. nº  |
| [ ]  Aves mortas nº  | [ ]  Pintos Mortos nº  | [ ]  Ovos Férteis nº  |
| [ ]  Ovos nº  | [ ]  Ovos Bicados nº  |  |
| [ ]  Outros (especificar) nº  |
| [ ]  Órgãos (especificar) nº  |

#### 19 Meio para conservação e transporte de amostras

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Material Coletado  | Meio utilizado  | Validade  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### Nome do laboratório para o qual o material será enviado

|  |
| --- |
| Laboratório:  |

#### 20 Observações

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Declaração de não utilização de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, quando da colheita de materiais para certificação sanitária dos estabelecimentos avícolas de reprodução e para o monitoramento dos estabelecimentos avícolas comerciais.**Declaro que tenho pleno conhecimento da Norma Técnica para Monitoramento e Certificação Sanitária de Núcleos e Estabelecimentos Avícolas para salmoneloses (*Salmonella* Gallinarum, *Salmonella* Pullorum, *Salmonella* Enteritidis e *Salmonella* Typhimurium) e micoplasmoses aviárias (*Mycoplasma gallisepticum*, *Mycoplasma synoviae* e *Mycoplasma melleagridis*), e afirmo que os lotes descritos neste Termo de Colheita não receberam tratamento com agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas, no período de 3 semanas (ou mais, caso o período de carência desses agentes seja maior) anteriores a data da colheita oficial para certificação sanitária dos referidos lotes. Declaro ainda estar ciente de que exames complementares para a detecção de resíduos de agentes inibidores de crescimento bacteriano e de micoplasmas poderão ser realizados para confirmação desta declaração.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21 Assinatura do Médico Veterinário Responsável Técnico |

Local e Data:

**Profissional responsável pela colheita do material:**

Médico Veterinário Responsável Técnico

Nome:

CRMV:

 Tel:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo

Médico Veterinário Oficial

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRMV:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo