# 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