

PSITACOSIS u ORNITOSIS.

Ente Notificador:

Minicipio:.....

Nombre del agente interviniente:

Cargo: Profesión:

Tel: E- mail:

CASO AVIAR:

SI NO

Ave viva

Ave muerta - Fecha de muerte...../...../.....

Muerte natural

Muerte por sacrificio

Nº de aves analizadas

Variedad

Psitácida – Especificar:

No psitácida – Especificar:

De corral – Especificar:

Sin sintomatología

Con sintomatología observada

Diarrea

Dificultad respiratoria

Pérdida de apetito

Secreción nasal

Secreción ocular

Decaimiento

¿Hace cuánto tiempo se observa?

.....

¿Se le efectuó tratamiento? SI NO

¿Con qué medicamento?

¿Cuánto tiempo?

¿A qué dosis?.....

Fecha de iniciado del tratamiento...../...../.....

Tiempo de tenencia

Menos de 30 días

Entre 30 y 365 días

Más de 365 días

Lugar de origen

Comercio

Venta ambulante

Feria

Decomiso

Domicilio particular

Fuera de provincia

Procedencia desconocida

Otros - Especificar:

Dirección del lugar de procedencia:

.....

¿Hay comprobante de compra? SI NO

¿Hay otras aves en el domicilio? SI NO

¿Cuántas?

Variedades:

.....

¿Adquirió recientemente aves? SI NO

¿Capturó recientemente aves? SI NO

Variedades:

.....

¿Hubo muerte de aves previo al diagnóstico efectuado? SI NO

Tipo de ave:

¿Hace cuánto?.....

Destino de esas aves:

¿Se recomendó tratamiento preventivo en las aves en contacto? SI NO

¿Con qué medicamento?

¿Cuánto tiempo?

¿A qué dosis?

Fecha de iniciado del tratamiento...../...../.....

Datos del domicilio del ave

Propietario:

Domicilio:

Teléfono:

Municipio:.....

Localidad:

Código Postal:

Material remitido para su análisis por

Veterinario Municipal

Veterinario Privado

Particular sin Veterinario

Organismo Provincial

Tipo de material remitido

Cadáver del ave Hisopado cloacal

Hisopado conjuntival Otro

Laboratorio que efectuó el diagnóstico:

.....
.....

Nº de aves positivas

¿Cuántos humanos hay (en contacto)

CON sintomatología?

Se les emitió un diagnóstico: SI NO

¿Cuántos humanos hay (en contacto)

SIN sintomatología?

Se les emitió un diagnóstico: SI NO

Clínica

Rx

Serología (Título:))

CASO HUMANO: SI NO

Nombre y apellido:

.....

Tipo de diagnóstico realizado

Clínica

Rx

Serología (Título:))

N. de afectados

Otros Títulos diagnosticados

Aves en contacto SI NO

Variedad

Psitácida- Especificar:

No psitácida - Especificar:

De corral - Especificar

Con sintomatología compatible a psitacosis Sin sintomatología compatible a psitacosis

¿Se recomendó tratamiento preventivo en las aves en contacto? SI NO

¿Con qué medicamento?

¿Cuánto tiempo?

¿A qué dosis?

Fecha de iniciado del tratamiento...../...../.....

Tiempo de adquisición

Menos de 30 días

Entre 30 y 365 días

Más de 365 días

Lugar de origen

Comercio

Venta ambulante

Feria

Decomiso

Domicilio particular

Fuera de provincia

Procedencia desconocida

Otros - Especificar:

LUGAR DE VENTA DEL AVE

Propietario:
Nombre del lugar:
Domicilio:
Teléfono:
Municipio:
Localidad:
Código Postal:
Horario de atención:

Rubro

Pajarería
 Pet Shop
 Veterinaria
 Forrajería
 Otros - Especificar:

Presenta Habilitación SI NO
 Municipal Provincial

Presenta Asesor Técnico Veterinario
SI NO

Nombre:
Tel:

Estado higiénico - sanitario del local

Bueno
 Regular
 Malo

¿Tiene Lazareto Sanitario? SI NO
¿Lo utiliza para ese fin? SI NO

Estado higiénico - sanitario de los animales

Bueno
 Regular
 Malo

Puerta de entrada con:

Mosquitero
 Cortinas de P.V.C. u otras
 Vidrio
 Nada

Se observan animales con:

Sintomatología SI NO
Hacinados Agua suficiente SI NO NO NO
Agua suficiente SI NO
Muertos SI NO

Las aves reciben tratamiento previo a la venta:

SI NO

¿Con que medicamentos?

¿Cuánto tiempo?

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha: / /

.....
Firma y aclaración del Agente interviniente

Se debe realizar la notificación tanto al Ministerio de Salud, como al Ministerio de Agroindustria zoonosisurbanas@gmail.com Tel (011) 42015397 - coprosa@maa.gba.gov.ar Tel (0221) 4709965