

<b>Espaço reservado para uso do Vertã:</b>		<b>PROTOCOLO:</b>		<b>REGISTRO Nº:</b>	
Condição das amostras na recepção: <input type="checkbox"/> Congelada <input type="checkbox"/> Refrigerada (0-8°C) <input type="checkbox"/> Insatisfatória				Recebida por:	
<b>I - IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA</b>					
<b>Termo de colheita nº:</b>		<b>Lacre nº:</b>		<b>Data da colheita:</b>	
Responsável pela colheita:				CRMV:	
E-mail:		Telefone:			
<b>II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO AVÍCOLA</b>					
Nome do estabelecimento /incubat.(razão social):					
Proprietário:				CPF:	
Nº de Registro Órgão Oficial:					
Endereço:			Município:		UF:
CEP:			Telefone/Fax:		
Empresa: Nome (razão social):					
Endereço:			Município:		UF:
CEP:			Telefone/Fax:		
<b>III - IDENTIFICAÇÃO DO LOTE DE AVES</b>					
Núcleo:		Aviário:		Lote:	
Idade:		Nº aves:		Nº total graja:	
		Nº de galpões:			
<b>IV - TIPO DE AVE</b>					
<input type="checkbox"/> Galinha		<input type="checkbox"/> Peru		<input type="checkbox"/> Avestruzes	
<input type="checkbox"/> Marreco		<input type="checkbox"/> Pato		<input type="checkbox"/> Emas	
<input type="checkbox"/> Aves silvestres		<input type="checkbox"/> Aves ornamentais		<input type="checkbox"/> Outras (especificar):	
<b>V - TIPO DE EXPLORAÇÃO</b>					
<input type="checkbox"/> Incubatório		<input type="checkbox"/> Matriz		<input type="checkbox"/> Avós	
<input type="checkbox"/> Outras (especificar):		<input type="checkbox"/> Frango corte		<input type="checkbox"/> Postura comercial	
				<input type="checkbox"/> Aves ornamentais	
<b>VI - UTILIZAÇÃO DE VACINADA</b>					
Doença de Newcastle		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Data da ultima vacinação:	
Doença de S. Enteritidis		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Data da ultima vacinação:	
<b>VII - TIPO DE VIGILÂNCIA</b>					
<input type="checkbox"/> Certificado de estabelecimento de reprodução para Salmonelose e Micoplasmose		<input type="checkbox"/> Monitoramento de estabelecimento comercial para Salmonelose		<input type="checkbox"/> Outro (especificar):	
<b>VIII - TIPO DE AMOSTRA COLHIDA E QUANTIDADE</b>					
<b>Tipo de amostra</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tipo de amostra</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tipo de amostra</b>	<b>Quantidade</b>
<input type="checkbox"/> Suabe de arrasto		<input type="checkbox"/> Soro		<input type="checkbox"/> Suabe de cloaca	
<input type="checkbox"/> Mecônio		<input type="checkbox"/> Aves mortas		<input type="checkbox"/> Suabe fundo de caixa	
<input type="checkbox"/> Ovos		<input type="checkbox"/> Órgãos		<input type="checkbox"/> Suabe traquéia	
<input type="checkbox"/> Fezes		<input type="checkbox"/> Água		<input type="checkbox"/> Outro:	
<b>Histórico/observação:</b>					
<b>IX - AGENTES A PESQUISAR/ EXAMES SOLICITADOS</b>					
<input type="checkbox"/> Pesquisa de Salmonella spp.(oficial)		<input type="checkbox"/> SAR - M. gallisepticum		<input type="checkbox"/> Cultura Bacteriológica + antibiograma	
<input type="checkbox"/> ELISA - M. synoviae		<input type="checkbox"/> SAR - Tifo/Pulorose		<input type="checkbox"/> Bacteriológico da água	
<input type="checkbox"/> ELISA - M. gallisepticum		<input type="checkbox"/> PCR - M. synoviae		<input type="checkbox"/> Necrópsia	
<input type="checkbox"/> ELISA - M. gallisepticum/M. synoviae (combo)		<input type="checkbox"/> PCR - M. gallisepticum		<input type="checkbox"/> Exame Histopatológico	
<input type="checkbox"/> SAR - M. synoviae		<input type="checkbox"/> PCR - Salmonella spp.		<input type="checkbox"/> Outro:	
Local e Data:					
Assinatura e carimbo do Médico Veterinário/RT			Assinatura e carimbo Médico Veterinário Oficial		