



## Inquérito Epidemiológico\*

DOENÇAS DOS PEIXES\*\*

(SUSPEITA DE FOCO)

DATA DO INQUÉRITO   /  /    
( d / m / a )

Nº DO INQUÉRITO   /    
(Nº) / (Ano)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPARTIMENTO AQUÍCOLA \_\_\_\_\_

MARCA DE CONTROLO SANITÁRIO ( DGAV ) N.º \_\_\_\_\_

ANO DE AUTORIZAÇÃO (ICNF) \_\_\_\_\_

N.º REGISTO (DGRNSM) \_\_\_\_\_

DOENÇA SUSPEITA\*\* \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO \_\_\_\_\_

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA DA REGIÃO (DSAVR) \_\_\_\_\_

DIVISÃO DE INTERVENÇÃO VETERINÁRIA( DIV) \_\_\_\_\_

\*Em caso de foco confirmado, preencher também o modelo de inquérito Mod2/IE/C-S.Aquic.2011

### 1.IDENTIFICAÇÃO DA PISCICULTURA

DESIGNAÇÃO \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FREGUESIA \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_

COORDENADAS GEOGRÁFICAS Latitude N \_\_\_\_\_ Longitude W \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ENDEREÇO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

ASSISTÊNCIA VETERINÁRIA SIM  NÃO

NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Cédula profissional \_\_\_\_\_

ASSISTÊNCIA TÉCNICA POR OUTRO PROFISSIONAL ESPECIALIZADO EM AQUICULTURA

SIM  NÃO

Se sim, especificar \_\_\_\_\_

### 2.IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

NOME/DENOMINAÇÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE/ PESSOA COLECTIVA \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FREGUESIA \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ E- MAIL \_\_\_\_\_

### 3.CARACTERIZAÇÃO DA PISCICULTURA

#### Sistema Praticado:

Intensivo  Semi-intensivo  Extensivo

#### Tipo de Cultura:

Monocultura  Policultura

Água doce  Maricultura

**Origem da Água:**

Rio  Ribeira  Furo  Nascente  Outra

Especificar \_\_\_\_\_

Nome do rio/ ribeira \_\_\_\_\_

Forma de transporte da água à piscicultura ( canalização, etc.) \_\_\_\_\_

**Tipo de Exploração**

U. Reprodução  U.Crescimento/Engorda  Outro ( especificar) \_\_\_\_\_

**Tipo e nº de Estruturas**

**Tanques** (de cimento, de terra de fibra de vidro), **Estruturas flutuantes** ( jaulas, outros) ( enumerar e quantificar) \_\_\_\_\_

**Área total** (de produção)da piscicultura (ha) \_\_\_\_\_

**Espécies existentes** \_\_\_\_\_

**Densidade de stock praticada** \_\_\_\_\_

**Produção média anual( tn)** \_\_\_\_\_

**Destino da produção** \_\_\_\_\_

Repovoamento  Outra piscicultura  Consumo

**4.BIOSEGURANÇA**

**4.1 Dados Estruturais e de Higiene**

O perímetro da piscicultura encontra-se vedado, impedindo a entrada de animais, pessoas veículos?

SIM  NÃO

Se Sim, especificar \_\_\_\_\_

Existe protecção adequada ( redes cobrindo os tanques, fios electrificados...) contra eventuais predadores ( ex: aves marinhas)?

SIM  NÃO

Se Sim, especificar \_\_\_\_\_

Existe local específico para recolha do equipamento e de vestuário usado na piscicultura?

SIM  NÃO

Se Sim, especificar \_\_\_\_\_

EXISTÊNCIA DE BARREIRAS SANITÁRIAS:

Redes  São utilizadas correctamente? \_\_\_\_\_

Rodilúvios  São utilizados correctamente? \_\_\_\_\_

Pedilúvios São utilizadas correctamente? \_\_\_\_\_

Existe lavagem e desinfeção adequadas dos materiais e equipamento?

SIM  NÃO

Existe lavagem e desinfeção adequadas dos tanques, jaulas, etc....?

SIM  NÃO

Existe lavagem e desinfeção adequadas dos veículos de transporte? \_\_\_\_\_

SIM  NÃO

Especificar os desinfectantes utilizados: \_\_\_\_\_

Existe vestuário e botas próprios para entrar na piscicultura?

SIM  NÃO

São efectuados vazios sanitários?

SIM  NÃO

Outros Parâmetros Especificar ( ex. máquinas de desinfeção) \_\_\_\_\_

#### **4,2 Maneio Alimentar e de Produção**

Alimento natural  Especificar \_\_\_\_\_

Recurso exclusivo a alimentos compostos comerciais SIM  NÃO

Origem dos alimentos compostos \_\_\_\_\_

Os alimentos estão devidamente rotulados e identificados SIM  NÃO

Armazenamento dos alimentos( medicamentosos e não medicamentosos) para animais separado de outros produtos proibidos( ex. produtos químicos e outros) para consumo animal:

SIM  NÃO

São efectuadas análises microbiológicas à água SIM  NÃO

Os parâmetros analisados estão dentro dos valores normais SIM  NÃO

Equipamentos e sistema de distribuição de alimentos limpos periodicamente: SIM  NÃO

#### **4.3 Maneio Sanitário**

**Existem planos sanitários especificados :** SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**Existem registos completos de:**

**Recepção dos animais** SIM  NÃO   
(Origem, quantidade, data de entrada e saída)





EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE E DA MORBILIDADE ( nos últimos 30 dias) \_\_\_\_\_

Houve aumento de mortalidade? \_\_\_\_\_ Se sim, Quantifique \_\_\_\_\_ %

Houve aumento de morbilidade? \_\_\_\_\_ Se sim, Quantifique \_\_\_\_\_ %

ESPÉCIES AFECTADAS \_\_\_\_\_

SINTOMAS E LESÕES OBSERVADOS \_\_\_\_\_

MEDIDAS PROFILÁCTICAS E TERAPÉUTICAS EFECTUADAS (referir os medicamentos veterinários, ou outros tratamentos administrados, data(s) de administração e intervalo(s) de segurança)

OUTROS DADOS RELEVANTES (Ex: outras patologias observadas nos últimos 30 dias)

## 7. MOVIMENTO DE PEIXES, OVOS OU GÂMETAS, PESSOAS, VEÍCULOS E MATERIAIS

**7.1-Houve entrada de peixes de espécies sensíveis ou vectoras, ovos ou gâmetas** ( nos 30 dias anteriores ao início dos primeiros sintomas- conferir com os registos)

SIM

NÃO

SE SIM, INDIQUE:

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPÉCIES \_\_\_\_\_

QUANTIDADE \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

PROVENIÊNCIA ( ex. identificar a pisciculturas/zona de origem) \_\_\_\_\_

TRANSPORTADOR \_\_\_\_\_

**7.2 Houve saída de peixes de espécies sensíveis ou vectoras, ovos ou gâmetas,** ( nos 30 dias anteriores ao início dos primeiros sintomas até à data actual- conferir com os registos)

SIM

NÃO

SE SIM, INDIQUE:

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPÉCIES \_\_\_\_\_

TANQUES \_\_\_\_\_

QUANTIDADE \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

PROVENIÊNCIA ( ex. identificar a pisciculturas/zona de origem) \_\_\_\_\_

DESTINO (identificar a piscicultura/zona de destino) \_\_\_\_\_

TRANSPORTADOR \_\_\_\_\_

**7.3 Movimentos de pessoas** ( nos 30 dias anteriores ao início dos primeiros sintomas- conferir com os registos)

Houve entrada de visitantes, comerciantes, técnicos de reparações? Especifique (data, nome da pessoa, origem/destino)

Data	Nome da Pessoa	Origem	Destino

O pessoal que trabalha nesta piscicultura também trabalha noutra(s)?Especifique (data, nome da pessoa,origem/destino)

Data	Nome da Pessoa	Origem	Destino

Houve deslocações pontuais a outras pisciculturas?Especifique (data, nome da pessoa,origem/destino)

Data	Nome da Pessoa	Origem	Destino

O médico veterinário visitou outras pisciculturas?Especifique (data, nome da pessoa,origem/destino)

Data	Nome da Pessoa	Origem	Destino

#### 7.4 Movimento de veículos

Entrada de veículos:

Data	Matricula	Condutor	Origem	Motivo

Saida de veículos:

Data	Matricula	Condutor	Destino	Motivo

#### 7.5 Troca de material ou equipamento

Existiu troca de material ou de equipamento com outras piscicultura?

SIM

NÃO

Se sim, indique:

Data	Material	Piscicultura



## 8. RESÍDUOS E SUBPRODUTOS

Destino *post-mortem* :

TRANSFORMAÇÃO \_\_\_\_\_

INCINERAÇÃO \_\_\_\_\_

ENTERRAMENTO \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

Subprodutos enviados para UTS aprovada?      SIM     

   Não     

   Categoria do Subproduto \_\_\_\_\_

   Referência da Guia de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

QUAL A EMPRESA? \_\_\_\_\_

DATA DA RECOLHA/ ELIMINAÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

São utilizados subprodutos na alimentação animal?

SIM     

NÃO     

Qual o destino da água da exploração infectada

Qual o tratamento de efluentes realizado para inactivação de agentes patogénicos

## 9. ANÁLISES LABORATORIAIS

Houve colheita de Material para análise?

SIM     

NÃO     

DATA DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES \_\_\_\_\_

ESPÉCIES ANALISADAS \_\_\_\_\_

Nº DE LOTES EXAMINADOS \_\_\_\_\_

ESCALÕES ETÁRIOS \_\_\_\_\_

QUAIS OS EXAMES EFECTUADOS? \_\_\_\_\_

RESULTADOS DAS ANÁLISES LABORATORIAIS \_\_\_\_\_

REALIZARAM-SE ANÁLISES DE ÁGUA E RAÇÃO ? \_\_\_\_\_

RESULTADOS \_\_\_\_\_

**10. OBSERVAÇÕES**

**11. CONCLUSÃO DO RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO**

Assinatura \_\_\_\_\_

**12. PROPOSTA DA DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA DA REGIÃO**

Assinatura \_\_\_\_\_



## Inquérito Epidemiológico\*

DOENÇAS DOS PEIXES\*\*

( FOCO CONFIRMADO)

DATA DO INQUÉRITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
d / m / a )

ANEXAR AO INQUÉRITO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nº) / (Ano)

Nº DO INQUÉRITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
d / m / a )

DOENÇA CONFIRMADA\*\* \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO \_\_\_\_\_

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA DA REGIÃO (DSAVR) \_\_\_\_\_

DIVISÃO DE INTERVENÇÃO VETERINÁRIA( DIV) \_\_\_\_\_



### 1. IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

NOME/DENOMINAÇÃO SOCIAL

INSTITUIÇÃO BANCÁRIA

CONTA Nº

ZONA INTERBANCÁRIA

NIB

IBAN

DATA DA SUSPEITA

DATA DA CONFIRMAÇÃO

DATA DO SEQUESTRO

Nº DE NOTIFICAÇÃO DE SEQUESTRO

**Nº TOTAL DE PEIXES NO INÍCIO DO SURTO**

Espécie(s)

Nº de tanques :

Nº de lotes :

Nº de Peixes / lote

Escalões etários:

Nº de peixes com tamanho comercial

**Nº TOTAL DE PEIXES CLINICAMENTE AFECTADOS:**

Espécie(s)

Nº de tanques afectados:

Nº de lotes afectados

Escalões etários afectados:

Nº de peixes que tenham atingido o tamanho comercial

**Nº PEIXES VITIMADOS PELA DOENÇA:**

Espécie(s)

Nº de tanques afectados:

Nº de lotes afectados

Escalões etários afectados:

Nº de peixes que tenham atingido o tamanho comercial



**Nº TOTAL DE PEIXES DESTRUÍDOS:** \_\_\_\_\_

DATA DE ABATE/ DESTRUÍÇÃO \_\_\_\_\_

Nº NOTIFICAÇÃO DE ABATE \_\_\_\_\_

Nº AUTO DE OCCISÃO \_\_\_\_\_

LOCAL DO ABATE \_\_\_\_\_

MÉTODO DO ABATE \_\_\_\_\_

LOCAL DA DESTRUÍÇÃO \_\_\_\_\_

MÉTODO DE DESTRUÍÇÃO \_\_\_\_\_

SUBPRODUTOS enviados para UTS aprovada?

SIM

NÃO

Se sim, referência da Guia de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

FOI EFECTUADO VAZIO SANITÁRIO?

SIM

NÃO

Nº de Dias

MEDIDAS DE LIMPEZA E DE DESINFECÇÃO UTILIZADAS( especificar os desinfectantes utilizados):

**Nº ANIMAIS ABATIDOS FORA DO SURTO COMO MEDIDA PREVENTIVA:** \_\_\_\_\_

Espécie(s) \_\_\_\_\_

Nº de tanques :

Nº peixes / lote

Nº de lotes :

Nº de Peixes / lote

Escalões etários:

Nº peixes / lote

Nº de peixes com tamanho comercial \_\_\_\_\_

OUTRAS MEDIDAS TOMADAS:

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## ***Instruções de Preenchimento***

- Preencher o máximo de campos possível, com letra legível preferencialmente de imprensa.
- Documentar o inquérito epidemiológico, sempre que necessário, com informação adicional.

**Mod1/IE/S.SSaquic/2011** *(Este modelo deve ser preenchido em caso de suspeita de foco)*  
*(em caso de foco confirmado preencher também o Mod2/IE/C.SSaquic/2011)*

4.2. Consultar registos.

4.3. Consultar registos.

5. ANEXAR MAPAS ( ex. de Google/Earth/ Maps, ou de software específico),

6. Consultar os registos existentes na piscicultura.

7. Consultar os registos e documentar.

**Mod2/IE/C.SSaquic/2011** *(Este modelo só deverá ser preenchido em caso de foco confirmado)*

Para preenchimento deste modelo consultar os registos existentes na piscicultura e documentar.

### **SIGLAS:**

GERAL DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA **(DGAV)**

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA DA REGIÃO **(DSAVR)**

DIVISÃO DE INTERVENÇÃO VETERINÁRIA **(DIV)**

DIRECÇÃO GERAL DE RECURSOS NATURAIS E SERVIÇOS MARÍTIMOS **(DGRNSM)**

INSTITUTO DE CONSERVAÇÃO DE NATUREZA E FLORESTAS **(ICNF)**

DIRECÇÃO