



**SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA**
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

Nº PROTOCOLO

Nº 010001

(1) Departamento: (2) Provincia: (3) Municipio:

(4) Comunidad: (5) Oficial Local:

(6) Notificado por:

(7) Nombre del Notificador:

(8) Fecha: / / (9) Hora: (10) Motivo:

(11) Nombre del Productor con Registro Catastral:

(12) Nombre del Predio:

(13) Medidas Sanitarias:



**SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA**
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



ACTA DE VISITA A PREDIO

Nº PROTOCOLO

Nº 010001

Fecha de Inicio del cuadro: ____/____/____ Fecha de la Notificación ____/____/____ Fecha de visita a campo: ____/____/____

Datos Geográficos: Latitud: _____ Longitud: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Comunidad: _____

Nombre del Veterinario Oficial: _____ Oficina local: _____

Vehículo Placa: _____

(1).- Nombre del establecimiento pecuario: _____

(2).- Nombre del productor con registro catastral: _____

Nº Registro Catastral:

(3).- Distancia de la O.L al Predio (Km.): _____

(4).- Motivo de la Visita: _____

(5).- Medios de comunicación: _____

(6).- Comentario Epidemiológico: _____

Firma del Veterinario Oficial

Nombre y Firma del Productor/encargado



SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



**SOSPECHA DE
ENFERMEDAD VESICULAR**
(Información Inmediata)

N° 005001

N° PROTOCOLO

(1) Departamento:..... Provincia:..... Municipio:..... Comunidad:.....

(2) Nombre del predio/comunidad:

(3) Nombre del propietario con Registro Catastral:

(4) Datos de Población animal del Predio Observado:

Fecha visita a campo:

(5) Edad mes	(6) Bovinos Existentes	(7) Bovinos Enfermos	(8) Bovinos Muertos	(9) Otras Especies	Población	Enfermos	Muertos
< 12				Ovinos			
13 - 24				Caprinos			
25 - 36				Porcinos			
>36				Camélidos			
TOTAL				Bubalinos			
				Equino			

(10) Signos Clínicos:

Vesícula: ☐
Nervioso: ☐
Traumatismo: ☐
Parálisis: ☐

Fiebre: ☐
Postración: ☐
Cojera: ☐
Disfagia: ☐

Salivación: ☐
Decaimiento: ☐
Diarrea: ☐
Anorexia: ☐

Secreción Nasal: ☐
Secreción Ocular: ☐
Tos: ☐
Muerte repentina: ☐

Caquexia: ☐
Disnea: ☐
Ronquera: ☐
Respiratoria: ☐

Otros Signos:

(11) Decisión Clínica Epidemiológica:

Desestimada Clínica y Epidemiológicamente: ☐

Sospecha Fundamentada: ☐

Sospecha fundamentada como:

(12) Comentario Epidemiológico:

.....

.....

.....

(13) Fecha de Cierre:

FIRMA Y SELLO
VETERINARIO OFICIAL

Fecha de envío

Fecha de recepción



SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



INICIO DE EPISODIO DE
ENFERMEDAD VESICULAR

Nº PROTOCOLO

Nº 002501

Fecha Visita a Campo: / / Nombre de la enfermedad:

Departamento: Provincia: Municipio: Predio/Com:

Propietario: Teléfono:

(1) Notificado por:

Propietario: ☐
Vigilancia: ☐
Unidad Infor.: ☐
Sensor: ☐

(2) Signos Clínicos:

Salivación: ☐
Cojera: ☐
Fiebre: ☐
Postración: ☐

(3) Lesiones Vesiculares:

Boca: ☐
Patas: ☐
Ubre: ☐
Lengua: ☐

(4) Tipo de Producción:

Leche: ☐
Carne: ☐
Mixta: ☐
Familiar: ☐

Otros Signos Clínicos:

(5) Población Animal Existente:

Edad en Mes Bov.	Población	Enfermos	Muertos	Sacrif.	Vacuna dos	Otras Especies	Población	Enfermos	Muertos
< 12						Ovinos			
13 - 24						Caprinos			
25 - 36						Porcinos			
>36						Camélidos			
TOTAL						Bubalinos			
						Equino			

(6) INGRESO DE ANIMALES:

(Últimos 30 Días) SI: ☐ NO: ☐

Fecha: / /

Especie:

Cantidad:

Procedencia:

(7) SALIDA DE ANIMALES:

(Últimos 30 Días) SI: ☐ NO: ☐

Fecha: / /

Especie:

Cantidad:

Destino:

NO: ☐

Serie

Nº Certificado de Vacunación:

(10) MUESTRAS COLECTADAS:

l

(11) Causa probable del episodio:

7

☐☐☐

(12) Medidas Sanitárias Aplicadas:

S: ☐

Qm: ☐

(13) Comentários Epidemiológicos:

(14) Croquis:

Firma y Nombre del Veterinario Oficial



**SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA**
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



**CIERRE DE EPISODIO DE
ENFERMEDAD VESICULAR**

Nº PROTOCOLO

Nº 002501

Departamento:..... Provincia:..... Municipio:..... Comunidad:.....

Propietario con Registro Catastral:..... Teléfono:.....

(1) Predio/Comunidad:

(2) Población Animal Afectada durante el Brote:

Edad en Mes Bov.	Población Total	Enfermos	Muertos	Sacrificados	Vacunados
< 12					
13 - 14					
25 - 36					
> 36					
TOTAL					

Otras Especies	Población Total	Enfermos	Muertos	Sacrificados	Vacunados
Equino					
Ovinos					
Caprinos					
Porcinos					
Camélidos					
Bubalinos					

(3) Hechos relacionados con el Episodio:

A) Resumen Cronológico (Visitas):

Fechas	Especie	Nº Animales Afectados

B) Diagnóstico de Laboratorio

Fecha: / /

C) Último animal afectado por enfermedad Vesicular

Fecha: / /

(4) Brote: Índice: ☐ Primario: ☐ Secundario: ☐

(5) Origen del Brote(Descripción):

(6) Medidas Sanitarias (Brote):

*: ☐ Qf: ☐ M: ☐ Te: ☐ Su: ☐ Qi: ☐ GSu: ☐ T: ☐ S: ☐
Sp: ☐ Z: ☐ Vp: ☐ V: ☐ Cr: ☐ Cn: ☐ TSu: ☐ Qp: ☐ Qm: ☐

(7) Comentario Epidemiológico:

(8) Fecha de Cierre de Brote: / /

Firma y Sello del Veterinario Campo Oficial



SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



REGISTRO DE
ENFERMEDAD NERVIOSA

N° 005001

N° PROTOCOLO

Departamento: Provincia: Municipio: Comunidad:

Productor con Registro Catastral: Teléfono:

(1) Nombre de la enfermedad:

Decisión Epidemiológica:

Diagnóstico?:

CLINICO: ☐

LABORATORIAL: ☐

(2) Fecha Inicio de cuadro: / /

(3) Notificado por:

Fecha de Notificación: / /

Propietario: ☐ Sensor: ☐

Fecha de Primera Visita: / /

Vet. Of.: ☐ Vigilancia: ☐

(4) Población Animal Existente:

(Especies)	Población Animal	N° Enfermos	N° Muertos	N° Sacrificados	N° Vacunados
Bovinos					
Equinos					
Camélidos					
Ovinos					
Caprinos					
Suinos					

(5) Historia de la última vacunación contra:

(6) Origen probable del problema:

Vacunado contra:

Infección: ☐

Alimentación: ☐

Fecha de vacunación: / /

Congénito: ☐

Envenenamiento: ☐

(7) Forma de Transmisión: Contaminación ambiental: ☐ Mordedura de Perro: ☐ Mordedura de Murciélago: ☐

(8) Signos Clínicos:

Perdida de Sensibilidad: ☐

Fiebre: ☐

Salivación: ☐

Secreción nasal: ☐

Caquexia: ☐

Nervioso: ☐

Postración: ☐

Decaimiento: ☐

Secreción ocular: ☐

Disnea: ☐

Traumatismo: ☐

Cojera: ☐

Diarrea: ☐

Tos: ☐

Ronquera: ☐

Parálisis: ☐

Disfagia: ☐

Anorexia: ☐

Muerte repentina: ☐

Respiratorio: ☐

Otros Signos:

(9) Medidas Sanitarias (Brote): *: ☐ Qf: ☐ M: ☐ Te: ☐ Su: ☐ Qi: ☐

GSu: ☐ T: ☐ S: ☐ Sp: ☐ Z: ☐ Vp: ☐ V: ☐ Cr: ☐ Cn: ☐

TSu: ☐ Qp: ☐ Qm: ☐

(10) Comentario epidemiológico:

(11) Fecha de cierre: / /

Firma y Sello del Veterinario Campo Oficial



SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



CIERRE DE EPISODIO DE
ENFERMEDAD NERVIOSA

Nº PROTOCOLO

Nº 005001

Departamento:..... Provincia:..... Municipio:..... Comunidad:.....

Productor con Registro Catastral:..... Teléfono:.....

(1) Nombre del Predio:.....

(2) Población Animal Afectada durante el Episodio:

(Especies)	Población Animal	Nº Casos	Nº Muertos	Nº Sacrificados	Nº Vacunados
Bovinos					
Equinos					
Camélidos					
Ovinos					
Caprinos					
Suinos					

(3) Hechos relacionados con el Episodio:

A) Resumen cronológico (Visitas):

Fechas	Especie	Nº Animales Afectados

B) Diagnóstico de Laboratorio: Fecha: / / C) Resultado: NEGATIVO ☐ POSITIVO ☐

(4) Origen del Episodio:.....

(5) Medidas sanitarias aplicadas:

*: ☐ Qf: ☐ M: ☐ Te: ☐ Su: ☐ Qi: ☐
S: ☐ Sp: ☐ Z: ☐ Vp: ☐ V: ☐ Cr: ☐
Cn: ☐ GSu: ☐ T: ☐ TSu: ☐ Qp: ☐ Qm: ☐

(6) Comentario Epidemiológico:.....

Fecha de cierre: / /

.....
Firma y Sello del Veterinario Campo Oficial



**SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA**
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



NOTIFICACION DE OTRAS ENFERMEDADES INCLUIDAS

Nº PROTOCOLO

ANIMALES SILVESTRES

Nº 004101

Departamento:..... Provincia:..... Municipio:..... Comunidad:.....

Productor con Registro Catastral:..... Teléfono:.....

(1) Nombre del predio:..... Frec. de Radio:.....

(2) Fecha Inicio de notificación:...../...../..... Fecha inicio cuadro:...../...../..... Fecha de visita...../...../.....

(3) Signos clínicos:

Vesícula: ☐ Fiebre: ☐ Salivación: ☐ Secreción nasal: ☐ Caquexia: ☐
Nervioso: ☐ Postración: ☐ Decaimiento: ☐ Secreción ocular: ☐ Disnea: ☐
Traumatismo: ☐ Cojera: ☐ Diarrea: ☐ Tos: ☐ Ronquera: ☐
Parálisis: ☐ Disfagia: ☐ Anorexia: ☐ Muerte repentina: ☐ Respiratorio: ☐

Otros Signos:.....

(4) Nombre de la enfermedad:.....

Diagnóstico: Clínico: ☐ Laboratorio: ☐

(5) Tipo de Producción: Leche: ☐ Carne: ☐ Mixta: ☐ Familiar: ☐

(6) Población Animal Existente:

Edad en Mes Bov./Bub.	Población Total	Nº Enfermos	Nº Muertos	Nº Sacrificados	Nº Vacunados
< 12					
13 - 14					
25 - 36					
> 36					
TOTAL					

Otras Especies	Población Total	Nº Enfermos	Nº Muertos	Nº Sacrificados	Nº Vacunados
Ovinos					
Caprinos					
Porcinos					
Camélidos					
Equino					
Aves					
s.p. Silvestres					

(7) Medidas sanitarias aplicadas:

Qf: ☐ M: ☐ Te: ☐ Su: ☐ Qi: ☐
S: ☐ Sp: ☐ Z: ☐ Vp: ☐ V: ☐ Cr: ☐
Cn: ☐ GSu: ☐ T: ☐ TSu: ☐ Qp: ☐ Qm: ☐

(8) Comentario epidemiológico:.....

(9) Fecha de cierre:...../...../.....

Firma y Sello del Veterinario Campo Oficial



**SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD
ALIMENTARIA**
UNIDAD NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL
AREA NACIONAL DE VIGILANCIA Y PROGRAMAS



TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS

Nº PROTOCOLO

Nº 000001

Departamento: Propietario:
Provincia: Predio/Com:
Municipio: Teléfono/Fax:
Zona/Barrio: Fecha / Hora Toma Muestras: / / Hr.:

1 SÍGNOS CLÍNICOS:

Vesícula: ☐ Fiebre: ☐ Salivación: ☐ Secreción nasal: ☐ Caquexia: ☐
Nervioso: ☐ Postración: ☐ Decaimiento: ☐ Secreción ocular: ☐ Disnea: ☐
Traumatismo: ☐ Cojera: ☐ Diarrea: ☐ Tos: ☐ Ronquera: ☐
Parálisis: ☐ Disfagia: ☐ Anorexia: ☐ Muerte repentina: ☐ Respiratorio: ☐
Otros Signos:

1.1 Vacunó: SI ☐ NO ☐ Mencione contra que enfermedad:

1.2 Diagnóstico presuntivo: Fecha de inicio de cuadro: / /

2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Especie	Población Total	Nº de Animales Enfermos	Muertos	Sacrificados	Vacunados

3.- DATOS DE LA MUESTRA:

Cod. arete	Tipo de muestra	Especie	Raza/ Línea	Edad d.s.m.a	Sexo		Cod. arete	Tipo de muestra	Especie	Raza/ Línea	Edad d.s.m.a	Sexo	
					H	M						H	M

4.- Diagnóstico de laboratorio solicitado:

Firma y Sello del Veterinario responsable/propietario