



OBSERVAÇÃO DE ANIMAIS EM CASO DE AGRESSÃO HUMANA (CÃES E GATOS)

Unidade notificadora: _____ Nº da notificação: _____ Data da mordedura: ____/____/____

Paciente: _____ Fone: (1) _____ (2) _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE (PARCERIA TERAPÊUTICA)

Eu, _____ portador do documento nº _____ assumo a responsabilidade pelo cumprimento das determinações estabelecidas pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica quanto à observação do animal agressor (cão e gato), no período de 10 dias a partir desta data, mantendo-o preso sem acesso a rua, outros animais e pessoas. Devendo observar e proporcionar condições de higiene do local e bem estar do animal, fornecendo alimento, água a vontade, abrigo de chuva e sol forte. Devendo também informar a Unidade de Saúde sobre qualquer alteração nas condições de comportamento e saúde do animal. Caso o animal não seja passível de observação (cão ou gato errante, desconhecido ou morto, equinos, bovinos, suínos, silvestres e morcegos), comprometo-me ao tratamento antirrábico, responsabilizando-me caso abandone ou não siga as normas e protocolos terapêuticos.

Declaro ter recebido as orientações sobre o período de incubação da Raiva.

Assinatura do responsável pela parceria terapêutica: _____

Proprietário do animal: _____ Fone: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Localidade: _____

Ponto de referência: _____ Rua próxima: _____

Agente de saúde responsável pela localidade: _____ Responsável pelo preenchimento: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL

Espécie: ☐ Canina ☐ Felina - Sexo: ☐ macho ☐ fêmea - Porte: P ☐ M ☐ G ☐ - Idade: _____

Nome: _____ Raça: _____ Cor: _____ Pelagem: _____

☐ Domiciliado ☐ Semi-domiciliado ☐ Errante ☐ Recolhido Canil Municipal Observação: _____

VIGILÂNCIA DAS AGRESSÕES

Motivo da agressão: _____ Onde Ocorreu? _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO VETERINÁRIO – OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ANIMAL

	1ª visita	/	/	2ª visita	/	/	3ª visita	/	/
Alteração comportamental									
Agressividade indiscriminada									
Não atende ao proprietário									
Fobia a água e luz									
Falta de apetite									
Latido rouco									
Paralisia maxilar (salivação excessiva)									
Paralisia de membros posteriores									
Paralisia de membros anteriores									

Observações: _____

Sintomático para raiva: ☐ sim ☐ não Início dos sintomas: ____/____/____ Recolhido para Canil Municipal ____/____/____

Morte do animal ____/____/____ ☐ Natural ☐ Eutanásia ☐ Acidental Material enviado para análise ____/____/____

Médico Veterinário Responsável