



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

Unidade notificadora: \_\_\_\_\_ N° da notificação: \_\_\_\_\_ Data da mordedura: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fone: (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (PARCERIA TERAPÊUTICA)

Eu, \_\_\_\_\_ portador do documento n° \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ 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