



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de agosto de 1853"

Secretaria Municipal de Saúde

Setor Zoonose e-mail: zoonose@jau.sp.gov.br

Tel: 14 3602 3777 - ramal 3715



Ofício geral n° 002/2019

Aos
Médicos Veterinários Atuantes no Município

Jaú, 8 de janeiro de 2019.

Assunto: Encaminhamento de Material para Exames Laboratoriais para Diagnóstico de Leishmaniose e Raiva

Visando a eficiente vigilância epidemiológica solicitamos a participação dos médicos veterinários na coleta, preenchimento de fichas de investigação e encaminhamento de materiais de animais suspeitos de raiva ou de leishmaniose visceral canina para o Setor de Zoonose da Secretaria Municipal de Saúde.

Atenciosamente

Francisco J. A. P. F. Costa
Médico Veterinário

José Aristides Pagani
Coordenador do setor de zoonose



" JAÚ CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO "

" RIBEIRO DE BARROS – HERÓI NACIONAL "



ANEXO I
ORIENTAÇÃO SOBRE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DIAGNÓSTICO
LABORATORIAL DA RAIVA ANIMAL

- ENCAMINHAR

1. Animal inteiro: desde que de pequeno porte (cães pequenos, gatos, morcegos, macacos, etc.);
2. Cabeças;
3. Cerebelo, hemisfério cerebral, porções de medula oblonga, encéfalo inteiro.

- COLETA

Todo o material destinado ao diagnóstico laboratorial da raiva, devido ao risco de contaminação, deverá ser colhido por profissional treinado, imunizado, com a devida proteção individual (luvas, máscara, material de necropsia) e em local seguro.

- PRIORIZAR

1. Animais atropelados;
2. Animais com quadro neurológico a esclarecer;
3. Animais agressores;
4. Animais encontrados mortos;
5. Animais que morrem durante o período de observação após agressão em humanos.

- ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE

1. As amostras do SNC deverão ser acondicionadas em frasco plástico de boca larga, com tampa rosca e hermeticamente fechadas;
2. Identificar de forma clara e legível;
3. Acondicionar a amostra já embalada em isopor com gelo;
4. Não permitir vazamentos de líquidos;
5. O modo de conservação dependerá do tempo estimado decorrido entre a coleta e o processamento da amostra:
 - Até 24 horas: refrigerado;
 - Mais de 24 horas: congelado.

- NO CASO DE ANIMAIS DE PRODUÇÃO

Comunique e solicite orientações ao Serviço de Defesa Sanitária Animal da Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento (Programa Estadual de Controle da Raiva dos Herbívoros-PECRH).



REQUISIÇÃO DE EXAME LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE RAIVA

Nº CNES _____

1) REQUISITANTE															
Endereço: _____															
										Nº		CEP		-	
Bairro: _____															
Município: _____										UF: _____					
Telefone: () _____										GVE: _____					
E-mail: _____										Cód./ Nº Amostra: _____					
2) IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL															
Espécie: ()Cão ()Gato ()Cavalo ()Outros (citar espécie _____)															
Importante: para ruminantes, preencher formulário específico, disponível no site.															
Idade: _____ meses						Raça: _____				Sexo: ()M ()F					
()Morcego (espécie)						Animal encontrado: ()Vivo ()Morto									
Local de coleta: _____															
Data de coleta: ____/____/____															
3) PROCEDÊNCIA DO ANIMAL															
Proprietário ou responsável: _____															
Endereço: _____															
										Nº		CEP		-	
Bairro: _____															
Município: _____										UF: _____					
Telefone: _____															
4) OUTRAS INFORMAÇÕES															
Vacinou contra raiva no último ano? ()SIM ()NÃO										Data da última vacinação: ____/____/____					
Há pessoas agredidas: ()SIM ()NÃO										Quantas: _____					
Nomes das vítimas: _____															
O animal foi submetido à eutanásia?				()SIM		()NÃO		Caso não, especifique:							
								()atropelado		()encontrado morto					
								()morreu durante período de observação							
Houve contato direto de pessoas com animal suspeito? ()SIM ()NÃO															
Forma de envio da amostra: ()animal inteiro ()cabeça ()SNC coletado															
Tipos de sinais clínicos apresentados (assinalar):															
() Morte súbita				() Movimento de pedalagem†				() Outros (especifique):							
() Paralisia				() Fotofobia/aerofobia†											
() Incoordenação				() Salivação											
() Convulsões				() Agressividade				†							
Data de início dos sinais clínicos: _____															
Observações: _____															

* Todas as informações preenchidas acima são de responsabilidade do solicitante, ficando sua veracidade a cargo deste.

_____/_____/_____
Local/Data

Assinatura do solicitante e carimbo

ANEXO 2

LEISHMANIOSE / ENVIO DE MATERIAL PARA EXAME

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Microscopia (exame direto)	Linfa (Escarificação da lesão - esfregaço em lâmina)	-	Caixa plástica porta-lâmina Temperatura ambiente	Caixa plástica porta-lâmina
Microscopia (Controle da qualidade)	Linfa (Escarificação da lesão - esfregaço em lâmina)	-	Caixa plástica porta-lâmina Temperatura ambiente	

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Imunocromatografia	2ml de soro		Tubo de ensaio 12mmX75mm hermeticamente fechado.	Caixa isotérmica com gelo reciclável.
ELISA IgG			Manter em temperatura entre 2 a 8°C por até 48 horas após a coleta. Em período superior, manter a -20°C até o momento do envio.	

- I. Preencher ficha de solicitação de exame;
- II. Não enviar amostras de sangue total;
- III. O tubo com soro deverá ser identificado com etiqueta escrita com caneta esferográfica preta ou azul, não utilizar lápis ou identificar o tubo diretamente com pincel;
- IV. Centrifugar a amostra de sangue total para coleta do soro.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CÃO COM SUSPEITA DE LEISHMANIOSE VISCERAL AMERICANA E REGISTRO DE EXAME LABORATORIAL

1 - DADOS DA UNIDADE NOTIFICANTE:

Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____ / _____ DATA DA NOTIFICAÇÃO: _____ / _____ / _____

DRS: _____ MUNICÍPIO: _____ CÓDIGO (IBGE): 3 5 _____

NOME DA UNIDADE: _____
(CLÍNICA, HOSPITAL, AMBULATÓRIO, VETERINÁRIO)

CÓDIGO DA UNIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ TEL: () _____

VETERINÁRIO RESPONSÁVEL: _____ CRMV Nº: _____

2 - INFORMAÇÕES SOBRE O CÃO:

CÓDIGO IBGE: 3 5 _____ MUNICÍPIO: _____

TEM REGISTRO? 1 - NÃO 2 - SIM

Nº DO REGISTRO: E/ OU Nº DO MICROCHIP:

NOME DO CÃO: _____

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____ Nº CPF: _____

ENDEREÇO ATUAL DE RESIDÊNCIA DO CÃO: _____ TEL: () _____

TEMPO DE MORADIA NESTE ENDEREÇO: _____ 1 - MESES 2 - ANOS

CARACTERÍSTICA DO CÃO:

RAÇA: CÓDIGO - (vide verso) NOME - _____

IDADE: _____ 1 - MESES 2 - ANOS SEXO: 1 - FÊMEA 2 - MACHO

SINAIS / SINTOMAS: (1 - NÃO; 2 - SIM)

- 1- DESCAMAÇÃO 4- CERATOCONJUNTIVITE 7- EMAGRECIMENTO 10- VÔMITO
- 2- ÚLCERA DE PELE 5- CORIZA 8- DIARRÉIA 11- AUMENTO LINFONODO
- 3- ONICOGRIFOSE 6- APATIA 9- HEMORRAGIA INTESTINAL

DESLOCAMENTO DO CÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	MUNICÍPIO / UF	ZONA		TEMPO DE PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO (dias, meses ou anos)
		RURAL	URBANA	
1 -	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 -	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 -	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 -	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

OBSERVAÇÃO: _____

3 - COLETA E EXAME LABORATORIAL :

DATA DA ENTRADA : ____ / ____ / ____

CÓDIGO DO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA :

NOME DO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA : _____

Nº DA AMOSTRA	TIPO ¹	RESULTADO ²	EXAME ³	NOME DA ESPÉCIE	COLETAR NOVA AMOSTRA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM

DATA DO DIAGNÓSTICO : ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL : _____

CARIMBO OU IDENTIFICAÇÃO

LEGENDA:

- | | | | |
|----------------------|---|----------------|---------------------------|
| 1- TIPO DE AMOSTRA : | 1 - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LINFONODO | 2- RESULTADO : | 1 - NEGATIVO |
| | 2 - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MEDULA ÓSSEA | | 2 - POSITIVO |
| | 3 - MATERIAL DE NECRÓPSIA DE FÍGADO | | 3 - MATERIAL INADEQUADO |
| | 4 - MATERIAL DE NECRÓPSIA DE BAÇO | 3 - EXAME: | 1 - PARASITOLÓGICO DIRETO |
| | 5 - MATERIAL DE NECRÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA | | 2 - CULTURA |
| | 6 - MATERIAL DE NECRÓPSIA DE LINFONODO | | 3 - PCR |
| | 7 - SORO | | 4 - TESTE RÁPIDO |
| | | | 5 - ELISA |

CÓDIGO LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|
| 001 - CENTRAL | 010 - BAURU | 016 - PRESIDENTE PRUDENTE | 023 - SOROCABA |
| 002 - LAB. REG. DE SANTO ANDRÉ | 012 - CAMPINAS | 018 - RIBEIRÃO PRETO | 024 - TAUBATÉ |
| 06.1 - ARAÇATUBA | 014 - MARÍLIA | 019 - SANTOS | |
| 06.2 - ANDRADINA | 015 - RIO CLARO | 022 - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO | |

4 - EVOLUÇÃO:

ÓBITO : 1 - NÃO 2 - SIM SE SIM - DATA : ____ / ____ / ____

CAUSA DO ÓBITO : 1 - NATURAL 2 - EUTANÁSIA 3 - OUTRO : _____

LEGENDA DE RAÇAS DE CÃES

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------|
| 1 - SRD*MESTIÇO | 6 - COOKER SPAINEL | 11 - FILA BRASILEIRO | 16 - PEQUINES | 21 - YORKSHIRE TERRIER |
| 2 - AKITA INU | 7 - COLLIE | 12 - FOX BRASILEIRO/FOX TERRIER | 17 - PINSCHER | 22 - OUTROS |
| 3 - BASSET /TECKEL DACHUSHUND | 8 - DALMATA | 13 - HUSKY SIBERIANO | 18 - PIT BULL | |
| 4 - BEAGLE | 9 - DOBERMAN | 14 - LABRADOR | 19 - POODLE | |
| 5 - BOXER | 10 - DOGUE ALEMAO | 15 - PASTOR ALEMAO | 20 - ROTTWEILER | |

* SEM RAÇA DEFINIDA

BOL_CAO6

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____
NOME LEGÍVEL E Nº DO CRMV (CARIMBO)