



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE LEISHMANIOSE CANINA (LC)

Requisição para exame diagnóstico de LC

Região Metropolitana de Jundiaí



SUSPEITA: Leishmaniose Visceral (LVC) ☐

Leishmaniose Tegumentar (LT) ☐

Data do envio: ____/____/____

Data da coleta do material: ____/____/____

Amostra enviada: sangue ☐ soro ☐ outro ☐ N° da amostra: _____

Nome do animal: _____ ☐ Domiciliado ☐ Comunitário ☐ Errante ☐ Tutelar Sexo: ____ Idade: ____

Raça: _____ Cor: _____ Porte: _____

Microchip: _____ Cidade e estado de nascimento: _____

Nome do responsável: _____ CPF: _____

Endereço: _____ n° _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

PRESENÇA DE SINAIS E/OU SINTOMAS

*(0 = ausente; 1 = menos de 1 mês; 2 = entre 1 e 6 meses; 3 = entre 6 meses e 1 ano; 4 = há mais de 1 ano; 5 = desconhecido)

Onicogribose <input type="checkbox"/>	Ceratoconjuntivite seca <input type="checkbox"/>	Linfoadenopatia <input type="checkbox"/>	Emese <input type="checkbox"/>	Coriza <input type="checkbox"/>	Apatia <input type="checkbox"/>
Descamação <input type="checkbox"/>	Hemorragia intestinal <input type="checkbox"/>	Emagrecimento <input type="checkbox"/>	Diarreia <input type="checkbox"/>	Úlceras de pele <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

Tempo decorrido de manifestação do 1º sinal de sintomas*:

Vacinado contra LVC? não sabe ☐ não ☐ sim ☐ Qual? _____ Primovacinação? _____ Data Última dose: _____

Doses no último ano: _____ Data da última dose: ____/____/____ Hist. ixodidiose: não ☐ sim ☐ atual ☐

Tempo de moradia: neste endereço: _____, em: _____

Deslocamentos nos últimos 06 meses: _____

Existem cães contatantes? não ☐ sim ☐ Quantos? _____ Qtos. com sintomas? _____

EXAMES DIAGNÓSTICOS P/ LVC PRÉVIOS REALIZADOS	DATA	LABORATÓRIO RESPONSÁVEL	RESULTADO
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

OBS: _____

Médico Veterinário responsável pela suspeita/coleta: _____

CRMV: _____ Fone: _____ e-mail: _____

Estabelecimento/Instituição: _____

Instituição solicitante*: _____

Fone: _____ e-mail: _____

*Preencher apenas quando a solicitação do exame proceder de uma instituição pública.

Assinatura e carimbo do responsável pela suspeita/coleta de material