

**COMUNICACIÓN DE ENFERMEDAD DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA ANIMALES DE COMPAÑÍA\*****IDENTIFICACIÓN DEL VETERINARIO / DE LA VETERINARIA**

Nombre i apellidos::

Número de colegiado:

Dirección electrónica:

**IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL/DE LOS ANIMALES**

Especie	Número de microchip
1.	
2.	
3.	
4.	

**ENFERMEDAD QUE SE DECLARA / FECHA DE CONFIRMACIÓN**

- RABIA  
 BRUCELOSIS  
 EQUINOCOCCOSIS  
 LEISHMANIOSIS  
 OTRAS (LEPTOSPIROSIS...)

**OTROS DATOS OBLIGATORIOS**

Número de animales sensibles en el mismo domicilio:

Número de animales con la enfermedad:

Vacunación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tratamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Eutanasia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DESCRIPCIÓN DE SIGNOS CLÍNICOS			PRUEBAS DE LABORATORIO
<input type="checkbox"/> Sin síntomas	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Pústulas	<input type="checkbox"/> Kits rápidos <input type="checkbox"/> Punción de ganglio <input type="checkbox"/> Punción de médula ósea <input type="checkbox"/> Serología <input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> Linfadenopatía	<input type="checkbox"/> Vómitos	
<input type="checkbox"/> Hiperpigmentación	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Anorexia	
<input type="checkbox"/> Petequias	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Demodicosis	
<input type="checkbox"/> Temperatura	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Eczema	
<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Cojera	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Seborrea	
	<input type="checkbox"/> Onicogrifosis		

\*Enviar en el plazo máximo de una semana desde que se confirman

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 202\_\_

[Rúbrica: veterinario/a]

**DESTINACIÓN:** DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL.