

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.