SIVE 02

**INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS EN SANIDAD**

**DE ESPECIES TERRESTRES**

|  |
| --- |
| 1. **Identificación de la investigación**
 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CPA- |  |  |  |  |  | - |  |  |

* 1. Número de caso:
	2. Fecha y hora de la visita inicial:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año | Horas | Minutos |

* 1. Tipo de investigación:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Notificación |
| [ ]  | Vigilancia activa  |

* 1. Nombre de quien proporciona la información:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Cargo o relación con el establecimiento:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Propietario | [ ]  | Médico responsable |  |
| [ ]  | Encargado | [ ]  | Otro (especificar): |  |
|  |  |  |

 | * 1. Nombre del Profesional responsable de la investigación:

|  |
| --- |
|  |

**1.7**  Profesión del responsable de la investigación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Médico veterinario | [ ]  | Biólogo | [ ]  | Otro (especificar): |
| [ ]  | Ingeniero agrónomo | [ ]  | Técnico pecuario  |  |

* 1. Adscripción del responsable de la investigación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  |  MVZ Oficial CPA | [ ]  | Personal OASA |
| [ ]  |  MVZ Oficial Campañas Zoosanitarias  | [ ]  | Otro (especificar): |
| [ ]  |  MVZ Oficial otra adscripción (especificar): |  |

* 1. Si es personal oficial CPA, indique si es:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Coordinador de zona | [ ]  | Coordinador regional  | [ ]  | Personal central |

 |
| 1. **Identificación del sitio afectado**
 |
| * 1. Nombre de la UP o establecimiento afectado:
 | **2.4** Nombre del propietario o razón social: |
|  |  |  |  |  |  |
| * 1. Domicilio de la UP o establecimiento afectado:
 | **2.5** Número telefónico del propietario de los animales: |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Colonia o localidad | **2.6** Tipo de establecimiento:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | UP tecnificada | [ ]  | Pastoreo extensivo | [ ]  | Espacio silvestre o comunitario |
| [ ]  | UP semitecnificada | [ ]  | Parque zoológico | [ ]  | Otro (especificar): |
| [ ]  | Traspatio | [ ]  | Unidad de conservación y manejo |  |

 |
|  |
| Municipio | Estado |
| * 1. Referencia geográfica:
 |
| Latitud (N) | Longitud (W) |
|  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | / **-** |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
| 1. **Características de la población animal**
 |
| **3.1** Especie animal afectada: | **3.2** Fin zootécnico de la especie afectada: |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Aves de corral | [ ]  | Ovinos | [ ]  | Abejas |
| [ ]  | Aves silvestres | [ ]  | Caprinos | [ ]  | Silvestre (especifique): |
| [ ]  | Bovinos | [ ]  | Conejos | [ ]  | Otra (especifique): |
| [ ]  | Equinos | [ ]  | Caninos |  |
| [ ]  | Porcinos | [ ]  | Felinos |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Huevo para plato | [ ]  | Producción pie de cría | [ ]  | Producción de piel | [ ]  | Educación o conservación |
| [ ]  | Producción de carne | [ ]  | Reproductores | [ ]  | Producción de miel |
| [ ]  | Producción de leche | [ ]  | Progenitores | [ ]  | Canoras y de ornato |  |
| [ ]  | Doble propósito | [ ]  | Producción de lana | [ ]  | Otra (especifique): |  |

 |
| **3.3** Indique el total de animales existentes actualmente (en el momento de la visita) para cada categoría, considerando a la población que estaba presente cuando inició la enfermedad. Se deberán incluir todos los animales de especies domésticas, de producción o compañía. Cada animal será incluido sólo en una de las categorías listadas y en el total. Si un animal ya ha muerto por causa de la enfermedad, sólo deberá ser incluido en la categoría *muertos*. |
|  | **Especie** | **Enfermos** | **Muertos** | **Aparentemente sanos** | **Total** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Si | No | no sabe/ no contesta |
| **3.4** ¿Acostumbra aislar a los animales nuevos antes de que ingresen a su unidad de producción? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **3.5** ¿Realiza pruebas de diagnóstico a los animales nuevos cuando ingresan a la UPA? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * 1. ¿Cuenta con registros actualizados sobre las entradas y salidas de animales, sus productos y subproductos de la unidad de producción?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **Descripción del problema sanitario sujeto a investigación**
 |
| 1. ¿En este momento (momento de la visita) existen animales enfermos en la unidad de producción?
 | Si | No | No sabe / no contesta | * 1. ¿Qué edad tienen / tenían los animales afectados?
 |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * 1. ¿Cuándo notó por primera vez que los animales se mostraban enfermos?
 |  |  |  |  |  |  | **Edad mínima** |  |  |  |  | **Edad máxima** |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |  | Años | Meses |  | Años | Meses |
| * 1. ¿En qué fecha comenzaron a morir los animales afectados?

 [ ]  No ha habido mortalidades |  |  |  |  |  |  | * 1. ¿De qué enfermedad se sospecha?
 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |  |
| ¿Qué signos y/o lesiones de enfermedad se han presentado en los animales afectados? | * 1. Anteriormente ¿ya había presentado una enfermedad similar?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Ningún signo aparente de enfermedad | [ ]  | Descargas nasales/ oculares | [ ]  | Ulceraciones orales | [ ]  | Incoordinación/ ataxia |
| [ ]  | Ulceraciones en patas |
| [ ]  | Pérdida de la condición corporal | [ ]  | Conjuntivitis | [ ]  | Salivación excesiva/ espuma en el hocico | [ ]  | Ritmo respiratorio alterado |
| [ ]  | Mortalidad anormal | [ ]  | Edemas | [ ]  | Excitabilidad/ ansiedad/ agresividad | [ ]  | Dilatación de pupilas |
| [ ]  | Postración | [ ]  | Diarrea | [ ]  | Abortos | [ ]  | Parálisis/ paresia |

 | * 1. Si la respuesta es sí, indique la fecha en la que se presentó por última vez
 |  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |
| * 1. ¿Se han presentado casos en otras unidades de producción cercanas?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe |
| * 1. ¿Se han presentado casos en personas?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe |
| Otros signos o hallazgos no listados: | * 1. ¿Qué tipo de disposición se le dio a los animales muertos por la enfermedad?
 |  |
|  |
| **Notificación inmediata de personas con riesgo de contraer rabia****Llene esta sección si esta investigación está relacionada con enfermedad compatible con rabia en cualquier especie animal y existen personas en posible riesgo de exposición al virus** |
| Nombre del paciente: |  |  Tipo de incidente: Si No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.18**  Manipulación del hocico de ganado enfermo, sin la protección adecuada (lentes, guantes, cubreboca). | [ ]  | [ ]  |
| **4.19** Contacto de las mucosas (boca, nariz, ojos u otras) con ganado enfermo o animal silvestre | [ ]  | [ ]  |
| **4.20** Agresión por animal silvestre | [ ]  | [ ]  |
| Especifique: |  |
| Observaciones: |  |

 |
| 4.14 Sexo | [ ]  | Femenino | Edad: |  |
| [ ]  | Masculino |
| Domicilio: |  |
| Teléfono: |  |
| 1. **Alimentación y medicina preventiva**
 |
| De la siguiente lista, marque los alimentos que los animales han consumido durante el último mes: | **5.6** ¿Cuándo vacunó a los animales por última vez?  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Pastoreo | [ ]  | Pajas | [ ]  | Gallinaza/ pollinaza |
| [ ]  | Forrajes verdes | [ ]  | Rastrojo | [ ]  | Alimentos concentrados |
| [ ]  | Ensilados | [ ]  | Granos | [ ]  | Otro (especifique): |
| [ ]  | Henos | [ ]  | Raíces o tubérculos |  |

 | * 1. ¿Cuándo fue la última vez que desparasitó internamente a los animales?
 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |
| * 1. ¿Cuándo fue la última vez que desparasitó externamente a los animales?
 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Indique, ¿dónde adquiere el alimento para los animales? |  | Día | Mes | Año |
| * 1. En los últimos tres meses, ¿ha tratado a los animales contra alguna enfermedad específica? (no debido al evento actual)
 | Si | No | No sabe |
| ¿Cuál es la fuente de agua que utiliza como bebida para los animales? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Red municipal | [ ]  | Laguna | [ ]  | Río |
| [ ]  | Pipa | [ ]  | Jagüey | [ ]  | Otra (especifique): |
| [ ]  | Pozo | [ ]  | Canal |  |

 | * 1. ¿De qué enfermedad se trataba?
 |  |
| ¿Vacuna regularmente a los animales? | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe | * 1. ¿Consulta regularmente a algún médico veterinario sobre la salud de sus animales?
 | Si | No | No sabe |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ¿Contra qué enfermedades vacuna? |  | * 1. ¿Cuándo fue su última revisión?
 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |

|  |
| --- |
| **6. Manejo de materiales de riesgo** |
| * 1. ¿Cuál es la mortalidad usual que regularmente se registra en la UP?
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Total de animales |

 | [ ]  | Por día | * 1. Cuándo la disposición de cadáveres se realiza fuera del establecimiento, ¿cuál es el lugar de destino?
 |
| [ ]  | Por semana |
| [ ]  | Por mes |  |  |  |
| [ ]  | Por año |
| * 1. ¿Qué método(s) se utilizan regularmente para disponer de la mortalidad del establecimiento / predio?
 | * 1. Indique el (o los) métodos que se utilizan regularmente para disponer de las excretas de los animales del establecimiento / predio:
 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Enterramiento | [ ]  | Autoconsumo | [ ]  | Composta |
| [ ]  | Incineración | [ ]  | Basurero | [ ]  | Otra (especifique) |
| [ ]  | Venta para consumo | [ ]  | Planta de rendimiento |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Uso como fertilizante/ abono en la misma unidad de producción | [ ]  | Basurero | [ ]  | No se le da ningún tratamiento |
| [ ]  | Uso como fertilizante/ abono en otra(s) unidad(es) de producción | [ ]  | Composta | [ ]  | Biodigestor |
| [ ]  | Lagunas de sedimentación o fermentación | [ ]  | Otro método (especificar): |
| [ ]  | Enterramiento |  |

 |
| * 1. ¿La disposición de cadáveres se realiza dentro o fuera del establecimiento / predio?
 | [ ]  | Dentro del establecimiento |
| [ ]  | Fuera del establecimiento |
| [ ]  | No sabe / no contesta |
| * 1. ¿Cuenta con un área exclusiva para la disposición de la mortalidad dentro del establecimiento / predio?
 | Si | No | No sabe | * 1. ¿Con qué frecuencia se retiran las excretas del área habitada por los animales?
 |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| **7. Movilización** |
| **7.1** Indique los datos sobre el ingreso y egreso de animales, productos o subproductos, dentro y fuera de la UP o predio en los últimos 30 días |
| **Ingreso** | **Egreso** | **Especie / producto / subproducto** | **Número o cantidad** | **Fecha** **(dd / mm / aa)** | **Procedencia / destino** |
| [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | No se ha realizado ningún movimiento de animales / productos en el periodo indicado |

|  |
| --- |
| **8. Medidas contraepidémicas y conclusión de la investigación** |
| *Esta sección será llenada por el profesional responsable de la investigación a partir de la primera visita y hasta la conclusión de las actividades relacionadas, ya que tiene como objetivo registrar el seguimiento, medidas implementadas y resultados finales.* |
| * 1. ¿Se realizó la necropsia a al menos un animal durante la investigación?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | * 1. ¿Se realizó el sacrificio humanitario de los animales?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
| * 1. Describa los principales hallazgos obtenidos durante la necropsia u otra información clínica que considere relevante al respecto:
 | * 1. Indique la fecha en la que se realizó el sacrificio de los animales
 |  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |
|  | * 1. ¿En qué lugar se realizó el sacrificio de los animales?
 |
| [ ]  | Dentro de las mismas instalaciones o predio |
| [ ]  | Rastro municipal |
| [ ]  | Rastro TIF o autorizado |
| [ ]  | Otro (especifique): |  |
| * 1. ¿Qué tipo de disposición se le dio a los cadáveres y otros materiales de riesgo?
 |
| [ ]  | Enterramiento | [ ]  | Autoconsumo | [ ]  | Composta |
| [ ]  | Incineración | [ ]  | Venta para consumo | [ ]  | Otro (especifique): |
| * 1. ¿Qué tipo de muestras biológicas fueron colectadas para realizar el diagnóstico por laboratorio y cantidad colectada?
 | [ ]  | Basurero | [ ]  | Planta de rendimiento |  |
| * 1. ¿Fue aplicado un periodo de vacío sanitario?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
|  [ ]  | Hisopos traqueales \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | Encéfalo \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  | Hisopos cloacales \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | Tallo cerebral \_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. Indique la duración del periodo de vacío sanitario
 | Inicio: |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | Sangre \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | Raspado cutáneo \_\_\_\_\_\_\_\_ | Día | Mes |  Año |
| [ ]  | Suero sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | Epitelios \_\_\_\_\_\_\_\_ | Fin: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | Órganos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | Otro (especifique): |
| Día | Mes |  Año |
|  | * 1. ¿Se realizó centinelización?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
| **8.4** Indique a qué grupo(s) de animales correspondieron las muestras recolectadas: | * 1. ¿Se vacunaron animales como medida para el control de la enfermedad?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
|  [ ]  | Animales muertos por la enfermedad | * 1. ¿A cuántos animales les fue aplicada la vacuna?
 |  |  |  |  |
| [ ]  | Animales vivos evidentemente enfermos |
| Total de animales |
| [ ]  | Animales vivos aparentemente sanos | * 1. ¿En qué fechas fue aplicada la vacunación?
 | Inicio: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |

 |
| * 1. Indique la fecha en la que fueron recolectadas las muestras
 |  |  |  |  |  |  |
| Fin: |
| Día | Mes |  Año |
| * 1. ¿Fueron aislados los animales enfermos?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe |
| * 1. ¿Fueron aislados los animales expuestos o potencialmente expuestos?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No | [ ]  | No sabe | * 1. De acuerdo a los resultados de laboratorio, ¿qué tipo de diagnóstico tuvo esta investigación?
 |
| * 1. Indique la duración del periodo de aislamiento
 | Inicio: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Se diagnosticó una enfermedad exótica |
| [ ]  | Se diagnosticó una enfermedad endémica |
| [ ]  | No se obtuvo un diagnóstico definitivo sobre el evento |

 |
| Día | Mes |  Año |
| Fin: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año | * 1. De acuerdo a los datos de la investigación, describa la principal hipótesis sobre las fuentes de infección o vías de ingreso de la enfermedad al predio o UP:
 |
| * 1. ¿Fue aplicado algún tipo de cuarentena oficial al predio o UP?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
| * 1. Indique la duración de la cuarentena
 | Imposición: |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. ¿Esta investigación estuvo ligada a otras investigaciones relacionadas?
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Fue una investigación aislada |
| [ ]  | Se derivó de una investigación previa |
| [ ]  | Esta investigación derivó en investigaciones subsecuentes |

 |
|
|

 |
| Día | Mes |  Año |
| Levantamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |
| * 1. ¿Se realizó limpieza y desinfección de las instalaciones, supervisada por personal oficial?
 | [ ]  | Si | [ ]  | No |
| * 1. Indique la fecha en la que se realizó la limpieza y desinfección
 |  |  |  |  |  |  |
| Día | Mes |  Año |
| * 1. Indique el total de animales para cada categoría al cierre del evento sanitario, considerando a toda la población que estaba presente al comienzo de la presentación clínica de la enfermedad. Se deberán incluir todos los animales de especies domésticas, de producción o compañía. Cada animal será incluido sólo en una de las categorías listadas y en el total. Si un animal ya ha muerto por causa de la enfermedad, sólo deberá ser incluido en la categoría muertos.
 |
| **Especie** | **Enfermos** | **Muertos** | **Sacrificados** | **Aparentemente sanos** | **Población final** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| [ ]  | Debido a la obtención de resultados de laboratorio negativos, no se visitó nuevamente la UP / predio, por lo que se desconoce el número total de animales al cierre del evento. |
| *Utilice el siguiente espacio para describir otra información que considere relevante para el cierre de la investigación (ej. aplicación de otras medidas extraordinarias, razones por las cuales no se realizaron las medidas impuestas, etc.):*  |
|  |
|  |  |
| Nombre y firma del profesional responsable de la investigación |  |