

**CEDIVP****FORMULARIO PARA CASOS DE MORTANDAD**

CODIGO: SGC-FOR-PN-13

VERSION: 1.0

VIGENTE DESDE: 30/05/2024

PÁGINA:1 DE 1

HISTORIA CLINICA**1. IDENTIFICACION Y LOCALIZACION**

1. COORDINACION:	2. UNIDAD ZONAL:
3. PROPIETARIO:	4. C.I.P.:
5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	6. CODIGO:
7. DEPARTAMENTO:	8. DISTRITO:
9. LOCALIDAD:	10. OTRO:

2. CRONOLOGIA

	DIA	MES	AÑO
TOMA DE MUESTRA			
RECEPCION			
DIAGNOSTIGO			

3. IDENTIFICACION:**ESPECIE:** **SEXO:** **RAZA:** **EDAD:**

CANTIDAD DE MUERTES:

MUERTE NATURAL ☐ SACRIFICADO ☐ MUERTE SUBITA ☐

DURACION DEL CUADRO SINTOMATICO: _____

4. CONSUMOPASTURA NATURAL ☐ BALANCEADO ☐ TRANSPLANTADO ☐**5. AGUA**TAJAMAR ☐ ARROYO ☐ POZO ARTESIANO ☐**6. SOSPECHA**

RABIA	☐	ANTRAX	☐
BOTULISMO	☐	INTOXICACION	☐
CLOSTRIDIOSIS	☐	FALTA DE MINERALES	☐

Otros: _____

7. SINTOMAS

CAIDA DEL TREN POSTERIOR	☐	VOMITO	☐	DIFICULTAD PARA INCORPORARSE LUEGO DE CAER	☐
TAMBALEO	☐	MUCOSAS PALIDAS	☐		
OJOS BRILLANTES	☐	PIEBRE	☐	EL ANIMAL CAE Y NO SE LEVANTA	☐
GIRA LA CABEZA HACIA ATRÁS	☐	NERVIOSO	☐	DECAIMIENTO	☐
SALIVACION	☐	DIARREA	☐	FALTA DE APETITO	☐

OTROS

8. TRATAMIENTO PREVIO A LA MUERTE: **SI** **NO** **CUAL SERIA?****9. VACUNACION**

ANTRAX	☐
CLOSTRIDIOSIS	☐
RABIA	☐
REPRODUCTIVAS	☐

OTROS

10. FRECUENCIA DE APLICACIÓN

1RA APLICACIÓN	____/____/____
ULTIMA APLICACIÓN	____/____/____

MUESTRAS REMITIDAS:**OBSERVACIONES:****NOMBRE DEL PROFESIONAL ACTUANTE:****FIRMA:**