

INFORMACIÓN INICIAL DE OCURRENCIA DE ENFERMEDAD EN UN PREDIO

No. _____

USO DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO

1. UNIDAD LOCAL DE VIGILANCIA

Unidad Local de Vigilancia:	Otra Unidad Local:
Sede Centro Diagnóstico:	

2. IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

Nombre Propietario:	Nombre Predio:		
Departamento:	Municipio:		
Vereda:	Cuadrante:		
Longitud:	Latitud:		
Teléfono:	Unidad Sensora:		
3. Tipo Notificación:	Propietario Admón:	Tercero:	Vigilancia Activa:

4. CRONOLOGÍA

	DÍA	MES	AÑO
Primer Enfermo			
Notificación			
Primera Visita			

5. EXTENSIÓN DEL PREDIO

Área del Predio (Ha):	Área del Predio Afectada (Ha):		
PREDIOS VECINOS AFECTADOS (<i>Diligenciar 3-106 por predio</i>)			
No:	Sí: ¿Cuántos?:		
POBLACIÓN SUCEPTIBLE (<i>Fincas vecinas a predios afectados</i>)			
Especie:	Número:	Especie:	Número
Especie:	Número:	Especie:	Número

6. SIGNOS Y SÍNTOMAS

7. LESIONES EN LA NECROPSIA

8. CUADRO CLÍNICO

Cuadro Clínico:	Dx Presuntivo:
-----------------	----------------

9. ÚLTIMA VACUNACIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD SOSPECHADA ANTES DEL INICIO

Fecha:	No. Lote:	Tipo Vacuna:	Registro Único Vacunación:
--------	-----------	--------------	----------------------------

10. OBSERVACIONES GENERALES

13. POBLACIÓN, ENFERMOS Y MUERTOS DESDE EL INICIO HASTA LA FECHA DE ESTA VISITA

ABEJAS - APIS MELLIFERA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Colmena									
AVIAR									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Engorde < 7 Días									
Engorde 8-21 Días									
Engorde 22-37 Días									
Engorde >38 Días									
Postura < 4 semanas									
Postura 4-16 semanas									
Postura 17-31 semanas									
Postura 32-50 semanas									
Postura >51 semanas									
Reproductoras < 4 semanas									
Reproductoras 4-16 semanas									
Reproductoras 17-31 semanas									
Reproductoras 32-50 semanas									
Reproductoras >51 semanas									
Recría < 4 semanas									
Recría 4-12 semanas									
Avestruces.									
Codornices Levante									
Codornices Postura									
Pavos									
Patos									
Traspatio									
Riña Tecnificada									
TOTAL									
BOVINA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Terneros(as) < 1 año									
Hembras 1-2 años									
hembras 2-3 años									
Hembras > 3 años									
Machos 1-2 años									
Machos 2-3 años									
Machos > 3 años									
TOTAL									
BUFALINA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
No Aplica									
CAPRINA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
No Aplica									
CRUSTACEA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Larvas									
Juveniles									
Reproductores									
Engorde									
TOTAL									

EQUIDA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Menor de 1 año									
De 1 a 2 años									
> 2 años									
TOTAL									
OVINA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
No Aplica									
ACUICOLA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Tilapia-Alevinos									
Tilapia-Juveniles									
Tilapia-Reproductores									
Tilapia-Engorde									
Trucha Arcoíris-Alevino									
Trucha Arcoíris-Juveniles									
Trucha Arcoíris-Engorde									
Trucha Arcoíris-Reproductores									
TOTAL									
PORCINA									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Lactantes < 2 meses									
Machos 2-6 meses									
Hembras 2-6 meses									
Machos > 6 meses									
Hembras > 6 meses									
TOTAL									
SILVESTRE									
Categoría Etaria	Población Vacunados	Población No Vacunada	TOTAL	Enfermos Vacunados	Enfermos No Vacunados	TOTAL	Muertos Vacunados	Muertos No Vacunados	TOTAL
Aves Silvestres									
No Aplica									
TOTAL									

NOTA: Los muertos se consideran que enfermaron inclúyalos en los enfermos

14. INGRESO – EGRESO

Proceso	Enfermos Animales Introducido	De Primeros	Animales	
Ingreso: ___ Egreso: ___				
Otros:				

Fecha	Procedencia / Destino	Propietario	Departamento	Municipio
Proceso	Enfermos Animales Introducido	De Primeros	Animales	
Ingreso: ___ Egreso: ___				

Otros:				
Fecha	Procedencia / Destino	Propietario	Departamento	Municipio
Proceso	Enfermos Animales Introducido	De Primeros	Animales	
Ingreso: ___ Egreso: ___				
Otros:				
Fecha	Procedencia / Destino	Propietario	Departamento	Municipio

15. ORIGEN Y MEDIDAS

Medidas Implementadas	Origen Probable de la Enfermedad
Control de Vampiros:	
Cuarentena en el Predio:	
Inmovilización Enfermos y Contactos:	
Limpieza y Desinfección:	
Otros:	
Sacrificio Animales	
Tratamiento Medico:	
Vac. en el Predio Afectado:	
Vac. en Predios Vecinos No Afectados:	

16. DATOS ATENCIÓN SOSPECHA

Nombre de Quién Atendió la Notificación	
Firma	
Nombre M.V responsable de la Oficina Local	
Firma	

Manifiesto que he leído y acepto la política de privacidad y protección de datos personales adoptada por el Instituto Colombiano Agropecuario, ICA, y publicada para consulta en la página web www.ica.gov.co, para lo cual al firmar la presente forma ICA, autorizo a que el Instituto pueda tratar mis datos personales conforme dicha política y en los términos en que ello sea necesario.

Instrucciones para el diligenciamiento F3-106

CASILLA	DESCRIPCIÓN
Unidad local de vigilancia	Oficina Local que atendió la notificación y la toma de muestras
Otra unidad local:	N/A
Sede centro diagnóstico	Laboratorio que hace la notificación al ingresar las muestras compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Nombre propietario	Nombre del propietario del predio notificado o afectado.
Nombre predio	Nombre del predio notificado o afectado.
Departamento	Nombre del departamento donde se encuentra el predio notificado o afectado.
Municipio	Nombre del municipio donde se encuentra el predio notificado o afectado.
Vereda	Nombre de la vereda donde se encuentra el predio notificado o afectado.
Cuadrante	Área donde se encuentra el predio notificado o afectado, ingresar los 4 números y la letra correspondiente según la plantilla.
Longitud - latitud	Son las coordenadas donde se encuentra el predio notificado o afectado
Teléfono	Número de contacto del propietario del predio o de quien atendió la visita del ICA.
Nombre del notificador	Nombre de la persona que notificó al ICA la presencia de signos clínicos compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Tipo notificación	Marcar con X una de las tres opciones según quien hizo la notificación al ICA.
Primer enfermo	Día/Mes/Año que se observó el primer animal enfermo en el predio notificado o afectado.
Notificación	Día/Mes/Año del momento que informaron al ICA la posible presencia de animales con signos clínicos compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Primera visita	Día/Mes/Año de la primera visita por parte del ICA al predio notificado o afectado.
Área del predio	Total de hectáreas del predio notificado o afectado.
Área del predio afectado	Hectáreas del predio notificado o afectado, donde se encuentran los animales con signos clínicos compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Predios vecinos afectados	Marcar con X una de las dos opciones Nota: Si la respuesta es afirmativa, en la casilla <i>¿Cuáles?</i> ingresar el número de predios vecinos afectados.
Población susceptible	- <i>Especie:</i> Escribir la especie susceptible de los predios vecinos afectados - <i>Número:</i> De manera numérica ingresar el total de animales de la especie afectada en los predios vecinos afectados
Signos y síntomas	Identificar los signos clínicos o sintomatología que presentan los animales susceptibles en el predio notificado o afectado.
Lesiones en la necropsia	Si se realiza necropsia para la toma de muestras, describir de manera detallada las lesiones encontradas, según los órganos revisados.
Cuadro clínico	Según indicaciones dadas por la DTVE, se ingresa el cuadro que corresponde a los signos clínicos compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Dx presuntivo	Según indicaciones dadas por la DTVE, se ingresa la posible enfermedad notificada de acuerdo a los signos clínicos compatibles con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia.
Ultima vacunación contra la enfermedad sospechada antes del inicio	- Fecha: Día/Mes/Año de la aplicación del biológico en el predio notificado o afectado. - No. Lote: Numeración del lote del biológico aplicado en el predio notificado o afectado. - Tipo Vacuna: Indicar si la vacuna es viva, muerta, atenuada, inactivada, entre otros... - Registro Único Vacunación (RUV): Numeración del registro administrativo asignado al momento de realizar la vacunación en el predio notificado o afectado.
Tipo producción	Marcar con una X indicando según corresponda la especie y el tipo de producción del predio notificado o afectado
Toma de muestras	- <i>Tipo Muestra:</i> Esta casilla se diligencia de acuerdo a las directrices dadas desde la DTVE, según el cuadro clínico compatible con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nombre Laboratorio:</i> Destino de las muestras tomadas para ser procesadas de acuerdo a las directrices dadas desde la DTVE. - <i>Análisis Solicitado:</i> Esta casilla se diligencia de acuerdo a las directrices dadas desde la DTVE, según el cuadro clínico compatible con enfermedades de control oficial u objeto de vigilancia - <i>Fecha Toma:</i> Día/Mes/Año de la obtención de las muestras en el predio notificado o afectado. - <i>Fecha Envío:</i> Día/Mes/Año del despacho de las muestras hacia el centro de diagnóstico.
Población, enfermos y muertos	<p>De manera detallada y según la categoría etaria de la especie, se ingresan los datos numéricos de los animales: que han muerto, que se encuentran enfermos, incluyendo vacunados y no vacunados; tomando como inicio, desde el primer animal enfermo hasta el momento de la visita del ICA al predio notificado o afectado</p> <p>Nota: <i>Diligenciar los signos clínicos u observaciones encontradas según la categoría etaria</i></p>
Ingreso - egreso	<p>Realizar investigación e identificar los riesgos de los:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingresos:</i> animales, vehículos, personas, maquinaria, alimento, entre otros que sean factor de riesgo para la entrada de agentes infecciosos. - <i>Egresos:</i> Salida de animales, vehículos, personas, maquinaria, alimento, entre otros que sean un factor de riesgo. <p>Nota: <i>Diligenciar todos los datos personales como geográficos, con el fin de hacer más efectivo el seguimiento epidemiológico.</i></p>
Origen y medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Medidas Implementadas:</i> Seleccionar con una X la o las medidas que implementadas en el predio notificado o afectado. - <i>Origen Probable de la Enfermedad:</i> Según el diligenciamiento de la F 3-106 y lo observado en el predio notificado o afectado, se generan una especie de hipótesis acerca del posible origen de la enfermedad, estas conclusiones se deben ingresar en estas casillas.
Nombre de quién atendió la notificación	Nombre y apellido del funcionario o contratista que realizó la visita al predio.
Firma	Firma del funcionario o contratista que realizó la visita al predio
Nombre MV responsable de la Oficina Local	Nombre y apellido del Médico Veterinario responsable de la Oficina Local que valida en el aplicativo SINECO la visita y atención a la notificación.
Firma	Firma del Médico Veterinario responsable de la Oficina Local que valida en el aplicativo SINECO la visita y atención a la notificación.