

**TRIQUINOSIS
RELEVAMIENTO
EPIDEMIOLÓGICO**

**Dirección de Auditoría
Agroalimentaria**
E-mail: auditoria@maa.gba.gov.ar
Tel-Fax: (0221) 429-5450

Laboratorio Central de Ganadería
E-mail: consultatriquinosis@yahoo.com.ar
Tel/Fax: (0221)470-9965

MINISTERIO DE AGROINDUSTRIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PARTIDO:.....**FECHA:** de del

NOMBRE DE ZONAL INTERVINIENTE:

NOTIFICACIÓN A PARTIR DE:

Ente Notificador:

A) CASO HUMANO SI NO

N° de afectados:

Producto ingerido:

Chorizo seco Otros

Carga Larvaria:

Fecha de Ingesta:/...../.....

Fecha de 1° síntoma:...../...../.....

Lugar de adquisición:

Comercio Particular

Preparación:

Casera Industrial

Nombre del elaborador o fábrica:
.....

Dirección:
.....

*Se efectuó análisis de la materia prima
previo a la elaboración:*

SI * NO

**Continuar completando el ítem
Diagnóstico.*

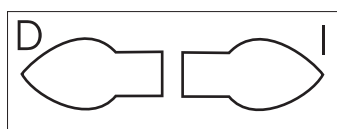
B) CASO ANIMAL SI NO

N° de Animales positivos:

Indicar categoría:

N° de Animales que acompañan al cerdo
positivo (tropa)

Diseño de la Señal:



N° de Señal :

Titular de la Señal:

DIAGNÓSTICO:

A través de:

Vet. Municipal - Municip. de:
 Vet. Privado - Nombre:
 Matad. / Frig. - Nombre:

Técnica usada:

Microscopía Op
 Triquinoscopia
 Digestión Artificial

Resultado en larvas por gramos:

Fecha del análisis:/...../.....

ORIGEN DEL CERDO:

Datos del Establecimiento:

Nombre del Establec.:
Domicilio:
Partido:
Localidad:
Cuartel:
Propietario de los animales:

Zona:

Rural
 Suburbana
 Urbana

Tenencia de la tierra:

Propietario
 Puestero
 Arrendatario
 Ocupante (Tierra Fiscal)

Establecimiento lindero a:

Basural amts.
 Frigorífico amts.
 Otros establecimientos c/ porcinos amts.

CONDICIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

Tipo de explotación:

- Cabaña
- Criadero
- Acopiadero
- Tenencia Familiar
- Basural

Sistema:

- Extensivo
- Semi-Intensivo
- Intensivo
- Traspatio

Instalaciones:

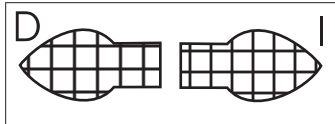
- Posee alambrado perimetral SI NO
- Contiene a los animales SI NO

CONDICIONES LEGALES:

Boleto de señal de propietario:

N° Inmutable:

Diseño de la señal:



Inscripción ante MAA SI NO

N° de Expediente:

R.E.N.S.P.A. SI NO

N°

Cerdos Señalados? SI NO

Acredita propiedad? SI NO

CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS:

- Roedores y/o cuevas
- Animales muertos. Especies.....
- Presencia de basura
- Falta de higiene

EXISTENCIA DE CERDOS:

Categorías y cantidad:

Cerdas:

Padrillos:

Capones:

Cachorros/as:

Lechones:

Total:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

DESTINO DE LA PRODUCCIÓN:

- Consumo Familiar
- Carnicero - chacinador
- Remate feria
- Acopiador
- Particular
- Faena y venta de lechones
- Frigorífico
- Otros

ALIMENTACIÓN:

- Balanceado
- Cereales
- Pasturas
- Residuos:
- De panadería
- De verdulería
- De aliment. fliar y rest
- Domiciliario (basura)
- De la industria.....

Cocina los residuos de alimentos? SI NO

Observa canibalismo y/o necrofagia? SI NO

PLAN SANITARIO:

Desparasita: SI NO

Vacunas: SI NO

Cuáles:

Desratiza? SI NO

ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD:

Se detectó anteriormente algún caso de Triquinosis en el establecimiento:

SI NO

Fecha Aproximada:/...../.....

En establecimientos linderos

Fecha Aproximada:/...../.....

ANTECEDENTES DE CRIANZA:

El animal detectado positivo es nacido y criado en el establecimiento?

SI NO

Tiempo en meses de ingreso al establecimiento:

Procedencia:

Nombre del establecimiento:

Domicilio:

Partido:

Localidad: Cuartel:

Propietario de los animales:

.....