



|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>SUBSECRETARÍA DE CALIDAD E INOCUIDAD</b> | <b>PLAN NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL ACUÍCOLA</b> | <b>Notificación de casos para enfermedades de los animales acuáticos</b> | <b>IDENTIFICACIÓN: SCI-PNSAA-FOR-003</b> |
|   | Versión: 01                                     | Vigente desde: Julio 2024  | Página 1 de 2                            |

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS PARA ENFERMEDADES DE LOS ANIMALES ACUÁTICOS**

FECHA     
Día Mes Año

**I. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO ACUÍCOLA**

1. NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)

2. TIPO DE RELACIÓN:      PROPIETARIO                       ENCARGADO                       OTRO: \_\_\_\_\_

3. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Provincia                      Cantón                      Parroquia                      Sitio

TEL: \_\_\_\_\_                      CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
Convencional                      Celular

**II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

4. NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

5. CODIGO DE LA INSTALACION EN LA SUBSECRETARIA DE CALIDAD E INOCUIDAD \_\_\_\_\_

6. ACTIVIDAD ACUICOLA:      LABORATORIO DE REPRODUCTORES       LABORATORIO DE LARVAS       LABORATORIO DE OVAS   
PRECRIA       ENGORDE       OTRO TIPO CULTIVO: \_\_\_\_\_  
Describe

7. UBICACIÓN: \_\_\_\_\_  
Provincia                      Cantón                      Parroquia                      Sitio

TEL: \_\_\_\_\_                      CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
Convencional                      Celular

8. DATOS DE GEOREFERENCIACIÓN:      Huso: \_\_\_\_\_      Coordenadas X: \_\_\_\_\_      Coordenadas Y: \_\_\_\_\_

9. FUENTE(S) DE ABASTECIMIENTO DE AGUA:  
 POZO       ESTERO       MAR ABIERTO       PRESA       RIO       LLUVIA       OTRO: \_\_\_\_\_

10. INVENTARIO DE ESPECIES SUSCEPTIBLES PARA LA NOTIFICACIÓN

| NOMBRE CIENTÍFICO O COMÚN | LOTE | FASE DE DESARROLLO | POBLACIÓN TOTAL | NÚMERO ENFERMOS | NÚMERO MUERTOS |
|---------------------------|------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------|
|                           |      |                    |                 |                 |                |
|                           |      |                    |                 |                 |                |
|                           |      |                    |                 |                 |                |
|                           |      |                    |                 |                 |                |

11. SIGNOS Y/O LESIONES MACROSCÓPICAS: \_\_\_\_\_

12. LESIONES MICROSCÓPICAS: \_\_\_\_\_



|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>SUBSECRETARÍA<br/>DE CALIDAD E<br/>INOCUIDAD</b> | <b>PLAN NACIONAL DE<br/>SANIDAD ANIMAL<br/>ACUÍCOLA</b> | <b>Notificación de casos para<br/>enfermedades de los animales<br/>acuáticos</b> | <b>IDENTIFICACIÓN:<br/>SCI-PNSAA-FOR-003</b> |
|   | Versión: 01   | Vigente desde: Julio 2024  | Página 2 de 2                                |

**FORMULARIO DE NOTIFICACION DE CASOS PARA ENFERMEDADES DE LOS ANIMALES ACUATICOS**

| <b>13. FECHA INICIO DE ENFERMEDAD</b><br>DÍA      MES      AÑO  | <b>14. DURACIÓN DEL EVENTO AL MOMENTO DE<br/>LA NOTIFICACIÓN (HORAS O DIAS):</b> _____ |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>15. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O CONFIRMADO DE LA ENFERMEDAD</b> _____   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>16. SOSPECHA DE CASOS EN HUMANOS:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>17. PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS:</b> _____   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TOMA Y ENVÍO DE MUESTRAS A LABORATORIO DE ANÁLISIS</b>   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>18. ENVÍO DE MUESTRA A LABORATORIO:</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | <b>19. FECHA DE TOMA Y ENVÍO</b><br>DÍA      MES      AÑO                              |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>21. CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | <b>22. FECHA DE RECEPCIÓN</b><br>DÍA      MES      AÑO                                 |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>20. TIPO Y CANTIDAD DE MUESTRA ENVIADA PARA ANÁLISIS</b>   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><thead><tr><th>TIPO</th><th>CANTIDAD</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> |  | TIPO | CANTIDAD |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO  | CANTIDAD   |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DATOS DEL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO</b>   |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>23. NOMBRE:</b> _____  |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>24. UBICACIÓN:</b> _____<br>Provincia      Cantón      Parroquia      Sitio  |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>30. FIRMA</b><br>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN<br>CARGO  |  |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III. RECEPCION DE LA NOTIFICACION OFICIAL (SOLO PARA USO DEL SERVIDOR PÚBLICO)**

|   |
|---|
| <b>25. NOMBRE COMPLETO:</b> _____<br>Apellido paterno      Apellido materno      Nombre (s)                                       |
| <b>26. DIRECCIÓN:</b> _____   |
| <b>27. CARGO:</b> _____   |
| <b>28. MEDIO DE CONTACTO UTILIZADO:</b> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <b>29. FECHA DE RECEPCIÓN:</b> _____  |