

SUBSECRETARÍA DE CALIDAD E INOCUIDAD	PLAN NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL ACUÍCOLA	Notificación de casos para enfermedades de los animales acuáticos	IDENTIFICACIÓN: SCI-PNSAA-FOR-003
	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: _____

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

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE CASOS PARA ENFERMEDADES DE LOS ANIMALES ACUATICOS

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

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

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