**Dirección de Auditoría Laboratorio Central de Ganadería**

 **Agroalimentaria** E-mail: consultatriquinosis@yahoo.com.ar

|  |
| --- |
| **TRIQUINOSIS****RELEVAMIENTO****EPIDEMIOLÓGICO** |

 E-mail: auditoria@maa.gba.gov.ar Tel/Fax: (0221)470-9965

 Tel-Fax: (0221) 429-5450

 **MINISTERIO DE AGROINDUSTRIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**



**DESTINO DE LA PRODUCCIÓN:**

 Consumo Familiar Particular

 Carnicero - chacinador Faena y venta de lechones

 Remate feria Frigorífico  Acopiador Otros

 Balanceado Residuos:

 Cereales De panadería

 Pasturas De verdulería

 De aliment. fliar y rest

 Domiciliario (basura)

 De la industria....................

.................................................

Cocina los residuos de alimentos?

 SI NO

Observa canibalísmo y/o necrofagia? SI NO

Desparasita: SI NO

Vacunas: SI NO Cuáles: .................................................................... .................................................................................

 Cabaña

 Criadero

Acopiadero

T

enencia Familiar

 Basural

Extensivo

 Semi-Intensivo

 Intensivo

T

raspatio

***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-SANIT**

**ARIAS:**

 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: ................................................................

T

otal: ........................................................................

**ALIMENT**

**ACIÓN:**

**PLAN SANIT**

**ARIO:**

el establecimiento?

***Procedencia:***

***Sistema:***

***T***

***ipo de explotación:***

**CONDICIÓN DEL**

 **EST**

**ABLECIMIENT**

**O:**

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

 SI NO

Tiempo en meses de ingreso al establecimiento:

..................................................................................

Nombre del establecimiento: .................................... Domicilio: ..................................................................

Partido: ..................................................................... Localidad: .......................................Cuartel: ............

Propietario de los animales: .....................................

...................................................................................

OBSERVACIONES:....................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

***Adjuntar original al acta correspondiente y enviar copia por fax o correo electrónico*** 2