Prefeitura Municipal de Domingos Martins
Estado do Espírito Santo
Rua Bernardino Monteiro, 22 – Centro – Domingos Martins – Espírito Santo
CEP 29260-000 – Fone: (27) 3268-1344 / 1239
www.domingosmartins.es.gov.br – gabinete@domingosmartins.es.gov.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ZOONOSES

EU _____, CPF_____, IDENTIDADE _____,RESIDENTE NA _____, BAIRRO _____, TUTOR OU RESPONSÁVEL PELO ANIMAL DA ESPÉCIE _____, RAÇA _____,IDADE ___, SEXO _____, PELAGEM _____, FUI ORIENTADO (A) SOBRE A DOENÇA _____ E ENTENDO TODAS AS INFORMAÇÕES PARA TRATAR O PACIENTE CITADAS ABAIXO.

O PACIENTE DEVE SER TRATADO ATÉ A CURA CLÍNICA TOTAL DO TRATAMENTO.

O TUTOR OU RESPONSÁVEL DEVE ESTAR USANDO LUVAS DE LÁTEX TODAS AS VEZES QUE FOR MANIPULAR O PACIENTE PARA MEDICAR.

O USO DE TELAS EM PORTAS E JANELAS SÃO ACONSELHÁVEIS PARA MANTER O PACIENTE SEMPRE DENTRO DAS RESIDÊNCIAS.

O PACIENTE NÃO PODE TER ACESSO A RUA, EM NENHUMA HORA DO DIA OU DA NOITE, POIS PODEM CONTAMINAR OUTROS DA SUA ESPÉCIE.

A PREFEITURA IRÁ DISPONIBILAR A MEDICAÇÃO PARA OS CASOS DE ESPOROTRICOSE CONFIRMADO, SENDO DOADA A MEDICAÇÃO CONFORME A EVOLUÇÃO CLINICA DO PACIENTE.

EM CASO DE ÓBITO DO PACIENTE, AVISE IMEDIATAMENTE A PREFEITURA E NÃO ENTERRE O ANIMAL, POIS CONTAMINARÁ O SOLO. EMBALE O CORPO CUIDADOSAMENTE E ENCAMINHE PARA O CANIL MUNICIPAL/PREFEITURA PARA QUE TENHA UM DESTINO ADEQUADO DO CADÁVER.

DE ACORDO COM AS LEIS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS, O ANIMAL E DE RESPONSABILIDADE DO TUTOR, SENDO O MESMO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO ADEQUADO AO PACIENTE.

MEDICAÇÃO

RECEBIDA DIA:__/__/____ NOME _____LOTE_____ VAL: ___/___/___ VISTO_____

RECEBIDA DIA:__/__/____ NOME _____LOTE_____ VAL: ___/___/___ VISTO_____

RECEBIDA DIA:__/__/____ NOME _____LOTE_____ VAL: ___/___/___ VISTO_____

RECEBIDA DIA:__/__/____ NOME _____LOTE_____ VAL: ___/___/___ VISTO_____

RECEBIDA DIA:__/__/____ NOME _____LOTE_____ VAL: ___/___/___ VISTO_____

ESTANDO CIENTE DE TUDO.... ASSINATURA_____

DOMINGOS MARTINS, ___ DE _____ DE 20___