ANEXO 2 – MODELO DE FICHA CLÍNICA INDIVIDUAL

Aiuká

REABILITAÇÃO – ANIMAL VIVO

No. de registro:	Identificação temporária:	Identificação permanente:
Incidente:	Espécie:	

Captura

Local e/ou GPS:				Responsável, data e hora:	
Estabilização em campo:	Hidratação VO	Hidratação SC	Aquecimento	Outros:	
Histórico				Número BO	

Admissão

Peso (g):	Freq. respiratória:	Freq. cardíaca:	Temperatura (°C):	Hematócrito (%):	PPT (g/dL):	Glicose (mg/dL):

Grupo etário:	Neonato ou filhote	Juvenil ou Sub-adulto	Adulto	Senil	Sexo:	Macho	Fêmea	Indeterminado
Condição corporal:	Caquético (1)	Magro (2)	Bom (3)	Ótimo (4)	Desidratação:	0-5%	5-7%	7-10%	>10%
Atitude:	Alerta e ativo (BAR)	Alerta e quieto (QAR)	Não responsivo (NR)		Auscultação:	Sem estertores	Com estertores	Dispneia evidente
Petrolização: (extensão)	0%	<10%	25%	50%	75%	100%	Petrolização: (profundidade)	Superficial	Média	Profunda
Documentação adicional:	☐ fotodocumentação		☐ penas em alumínio				Responsável, data e hora:	
Exame físico:	☐ cabeça, narinas, boca	☐ olhos, ouvidos	☐ fezes, cloaca, ânus	☐ asas, nadadeiras, patas	☐ pele	☐ palpação abdominal		

Observações:

Tratamentos

Droga ou medicamento	Dose (mg/kg ou mg/ave)	Via (VO, SC, IM)	Frequência (única, SID, BID, TID, QID)	Data de início	Data de término	Volume (ml)	Observações

Reabilitação

Etapa/ Procedimento	Data de início	Data de término	Observações
Hidratação oral			
Hidratação subcutânea			
Alimentação pastosa			
Alimentação sólida forçada			
Alimentação sólida livre			
Lavagem			
Piscina de água doce			
Piscina de água salgada			
Muda de plumagem			

Destinação

☐ Liberação	Local e/ou GPS:	Responsável, data e hora:	
☐ Óbito	Diagnóstico preliminar:	Documentação adicional:	☐ Fotodocumentação de necropsia
☐ Eutanásia	Justificativa:		☐ Ficha de necropsia
☐ Transferência	Destino:		☐ Ficha de biometria

ESPÉCIE: ____________________ ANILHA TEMPORÁRIA: __________ Nº REGISTRO: _____________

Data	Peso (Kg)	Cond. Corp.	Temp	PCV %	Bcos %	PT g/dl	Observações	Responsável

EXAMES ADICIONAIS:

Aiuká

MANEJO DIÁRIO

NO. DE REGISTRO:

PÁGINA: _____ DE _____

DATA	Peso	TEMPERATURA	HIDRATAÇÃO MANHÃ/TARDE	ALIMENTAÇÃO MANHÃ/TARDE	MEDICAÇÃO MANHÃ/TARDE	OBSERVAÇÕES

Aiuká

ACOMPANHAMENTO

NO. DE REGISTRO:

PÁGINA:

_____ DE _____

DATA	PROCEDIMENTOS/RESULTADOS CLÍNICOS/OBSERVAÇÕES	INICIAIS