

DIRECCION PROVINCIAL DE MEDICINA PREVENTIVA

DIVISION ZOONOSIS RURALES

TEL: 02281-424483

ESPAÑA 770 (7300) AZUL

**PROGRAMA PROVINCIAL CONTROL DE HIDATIDOSIS**

**DATOS DEL ENCUESTADOR:**

Municipio: Institución:

Nombre y Apellido: Fecha: / /

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Nombre del Establecimiento: N° Renspa:

Ubicación geo referencial:

Nombre del Propietario: Domicilio Urbano:

TEL: e-mail: celular:

Nombre del Encargado: Domicilio Encargado:

TEL: e-mail: celular:

Asesor técnico veterinario de establecimiento: TEL:

**TIPO DE GANADO:**

Bovino ( ) Porcino ( ) Equino ( )

Ovino ( ) Aves ( ) Otros………………..

**GRUPO FAMILIAR (completar una tabla por cada familia residente en el establecimiento)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y Nombres** | **Edad** | **Sexo** | **Instrucción** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y Nombres** | **Edad** | **Sexo** | **Instrucción** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y Nombres** | **Edad** | **Sexo** | **Instrucción** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**FAENA DE LANARES:**

Semanal ( ) Mensual ( ) Lugar: Cercado: Si ( ) No ( )

Existe Pozo Sanitario: Si ( ) No ( ) Cercado: Si ( ) No ( )

Destino de las Vísceras: Queman ( ) Entierran ( )

Dan a los Perros ( ) Otros……………………

**POBLACION CANINA:**

Cantidad: ………………

N° de perros chicos (hasta 10 Kg) :…………….,.

N° de perros medianos (de 10 a 20 Kg) :………..

N° de perros grandes (más de 20 Kg) :…………..

Desparasitación periódica: Si ( ) No ( )

Frecuencia: cada 30 días ( ) cada 45 días ( ) más de 45 días ( )

Droga usada:……………………………………………...

¿Posee huerta? Si ( ) No ( ) ¿Esta cercada? Si ( ) No ( )

¿Conoce la enfermedad Hidatidosis? Si ( ) No ( )

¿Conoce las medidas de control? Si ( ) No ( )

¿Conoce familiares o amigos operados de quistes hidatídicos? Si ( ) No ( )

¿Qué medios de comunicación local escucha, lee o mira habitualmente?

Radio ( ) Televisión ( ) Diario ( )