

Skráning á upplýsingum vegna gruns eða greiningar á alvarlegum smitandi búfjársjúkdómi

2. hluti

I. Almennar upplýsingar

1. Upplýsingar skráðar af

Nafn	Dagssetning skráningar
------	------------------------

2. Staður

Nafn:	Landnúmer:
Heimilisfang	

3. Eigandi eða ábyrgðarmaður dýra

Nafn:	Kennitala:	
Heimilissími:	Farsími:	Fax:
Netfang:		

II. Upplýsingar um sjúkdóminn

4. Sjúkdómssaga

Dagsetning fyrstu einkenna:

--

5. Sjúkdómseinkenni

--

6. Tegund og fjöldi dýra með einkenni við skráningu

Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:
Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:

7. Tegund og fjöldi dýra sem hafa haft einkenni en læknast

Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:
Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:

8. Tegund og fjöldi dýra sem hafa haft einkenni og drepist

Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:
Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:

9. Tegund og fjöldi dýra sem hafa drepist án þess að hafa haft einkenni sjúkdómsins

Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:
Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:	Tegund:	Fjöldi:

III. Upplýsingar um staðhætti

10. Gripahús

Uppdráttur af staðsetningu gripahúsa, íbúðarhúsa, hagabeitar o.s.frv.

11. Staðir með dýr innan þriggja kílómetra

a. Heiti staðar:

Nafn íbúa og símanúmer:

b. Heiti staðar:

Nafn íbúa og símanúmer:

c. Heiti staðar:

Nafn íbúa og símanúmer:

d. Heiti staðar:

Nafn íbúa og símanúmer:

Ef fleiri staðir eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

IV. Brottflutningur, s.l. 3 vikur

12. Mjólkursala

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	Mjólkursamlag	Dags. síðustu innlagnar
-----	--------------------------	----	--------------------------	---------------	-------------------------

13. Brottflutningur annarra dýraafurða frá staðnum

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	a. Tegund afurða:	Dags.
				Nafn, heimili og símanúmer viðtakanda	
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	
				b. Tegund afurða:	Dags.
				Nafn, heimili og símanúmer viðtakanda	
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	
				c. Tegund afurða:	Dags.
				Nafn, heimili og símanúmer viðtakanda	
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	
				d. Tegund afurða:	Dags.
				Nafn, heimili og símanúmer viðtakanda	
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

14. Brotflutningur fódurs

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	a. Tegund fódurs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				b. Tegund fódurs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				c. Tegund fódurs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

15. Brotflutningur landbúnaðartækja

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	a. Gerð tækis:	Dags.
			Áfangastaður:		
			Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
			b. Gerð tækis:	Dags.	
			Áfangastaður:		
			Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
			c. Gerð tækis:	Dags.	
			Áfangastaður:		
			Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

16. Brotflutningur úrgangs, t.d. búfjárburðar, dýrahæja, sláturúrgangs o.s.frv.

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	a. Gerð úrgangs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				b. Gerð úrgangs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				c. Gerð úrgangs:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

17. Brotflutningur undirburðar, t.d. hálms, sags o.s.frv.

Nei	<input type="checkbox"/>	Já	<input type="checkbox"/>	a. Gerð undirburðar:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				b. Gerð undirburðar:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
				c. Gerð undirburðar:	Magn:	Dags.
				Áfangastaður:		
				Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

18. Aðflutningur dýraafurða, þ.m.t. sæðis

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Tegund afurða:	Dags.
		Heiti upprunastaðar, nafn og símanúmer	
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	
		b. Tegund afurða:	Dags.
		Heiti upprunastaðar, nafn og símanúmer	
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	
		c. Tegund afurða:	Dags.
		Heiti upprunastaðar, nafn og símanúmer	
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda	

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

19. Aðflutningur fóðurs

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Tegund fóðurs:	Magn:	Dags.
		Kom frá:		
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
		b. Tegund fóðurs:	Magn:	Dags.
		Kom frá:		
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		
		c. Tegund fóðurs:	Magn:	Dags.
		Kom frá:		
		Nafn, heimili og símanúmer flytjanda		

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

20. Aðflutningur landbúnaðartækja

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Gerð tækis:	Dags.
Kom frá:			
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda			
b. Gerð tækis:			Dags.
Kom frá:			
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda			

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

21. Aðflutningur úrgangs, t.d. búfjáraður, dýrahæja, sláturúrgangs o.s.frv.

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Gerð úrgangs:	Magn:	Dags.
Kom frá:				
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda				
b. Gerð úrgangs:			Magn:	Dags.
Kom frá:				
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda				

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

22. Aðflutningur undirburðar, t.d. hálms, sags, sands o.s.frv.

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Gerð undirburðar:	Magn:	Dags.
Kom frá:				
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda				
b. Gerð undirburðar:			Magn:	Dags.
Kom frá:				
Nafn, heimili og símanúmer flytjanda				

Ef fleiri flutningar eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

VI. Samgangur, s.l. 3 vikur

23. Heimsóknir erlendra ferðamanna í gripahús

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Frá hvaða landi?	Dags.
		Síðasti dvalarstaður hérlendis:	Dags.
		Síðasti dvalarstaður erlendis:	Dags.
		Næsti áfangastaður:	
		b. Frá hvaða landi?	Dags.
		Síðasti dvalarstaður hérlendis:	Dags.
		Síðasti dvalarstaður erlendis:	Dags.
		Næsti áfangastaður:	
		c. Frá hvaða landi? :	Dags.
		Síðasti dvalarstaður hérlendis:	Dags.
		Síðasti dvalarstaður erlendis:	Dags.
		Næsti áfangastaður:	

Ef fleiri heimsóknir eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

24. Aðrar heimsóknir í gripahús

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Nafn, heimili og símanúmer	Dags.
		b. Nafn, heimili og símanúmer	Dags.
		c. Nafn, heimili og símanúmer	Dags.

Ef fleiri heimsóknir eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

25. Ferðalög eigenda eða starfsfólks til útlanda

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Land:	Dags.
		b. Land:	Dags.
		c. Land:	Dags.
		d. Land:	Dags.

Ef fleiri ferðalög eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

VII. Annað

26. Flækingsdýr eða villt dýr sem vart hefur orðið við í eða nálægt gripahúsum

Nei <input type="checkbox"/>	Já <input type="checkbox"/>	a. Tegund:	Dags.
		b. Tegund:	Dags.
		c. Tegund:	Dags.

Ef fleiri dýr eða nánari upplýsingar, vinsamlega skrifið þær á sér blað eða í lið 22.

27. Aðrar upplýsingar