|  |
| --- |
| 1. ***TÉCNICO RESPONSÁVEL***
 |
| *Nome* |  |
| *Telefone/Telemóvel* |  |
| *Endereço eletrónico* |  |
| ***2 - DADOS APICULTORES E APIÁRIOS ( lista em anexo)*** |
| *Nº total apicultores* |  |
| *Nº total apiários* |  |
| *Nº total colmeias* |  |
| *Nº total cortiços/núcleos* |  |
| *Nº total colónias* |  |
| ***3 - DADOS APICULTORES COM APIÁRIOS EM ZONA CONTROLADA ( lista em anexo)*** |
| *Nº total apicultores* |  |
| *Nº total apiários* |  |
| *Nº total de unidades epidemiológicas* |  |
| *Nº total colmeias* |  |
| *Nº total cortiços/núcleos* |  |
| *Nº total colónias* |  |
| ***4- PLANO SANITÁRIO*** |
| ***4.1 - SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA*** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ANÁLISES ANATOMO-PATOLÓGICAS EFETUADAS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS*** ***(por apiário)*** | ***202….*** | ***202….*** | ***202….*** |
| ***TOTAL APIÁRIOS ANALISADOS*** |  |  |  |
| ***Nº APIÁRIOS POSITIVOS:*** |  |  |  |
| *Loque americana* |  |  |  |
| *Loque europeia* |  |  |  |
| *Acarapisose* |  |  |  |
| *Varroose* |  |  |  |
| *Ascosferiose* |  |  |  |
| *Nosemose* |  |  |  |
| *Aethinose por Aethina tumida* |  |  |  |
| *Tropilaelaps por Tropilaelaps sp* |  |  |  |

***Descreva sucintamente a evolução epidemiológica sanitária apícola na área de influência da organização:*** |
| ***4.2 - MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA A APLICAR*** |
| *Nº ações divulgação previstas, abordando temas de sanidade* |  |
| *Nº análises anatomo-patológicas de abelhas e favos a efetuar* |  |
| *Nº apiários/Unidades epidemiológicas a analisar*  |  |
| ***4.3 - MEDIDAS GERAIS DE CONTROLO DAS DOENÇAS DAS ABELHAS*** |
| *Descreva sucintamente a estratégia sanitária da organização* |
| ***4.4 - MEDIDAS DE CONTROLO DA VAROOSE*** |
| *Nome comercial do(s) Medicamento(s) Veterinário(s) recomendado(s) aos apicultores. (No caso de recomendar mais do que um Medicamento Veterinário, justifique):* |
| *Meses/épocas de aplicação do(s) Medicamento(s) Veterinário(s) recomendados aos apicultores (no mínimo 2 tratamentos por ano):* |
| *Outras medidas de controlo da varroose a implementar e/ou a recomendar pela organização aos apicultores:* |

|  |
| --- |
| ***5 - MEDICAMENTOS VETERINÁRIOS A ADQUIRIR E A DISTRIBUIR AOS APICULTORES***  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome comercial* | *Apresentação da embalagem (frasco de x litros, saqueta de x tiras/placas etc..)* | *Nº Embalagens* | *Forma farmacêutica ( ex. tiras, solução, etc)*  | *Dose por colmeia* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
|  |
| ***Local e Data*** | ***Assinatura do técnico responsável*** |

|  |
| --- |
| **Avaliação*****do Plano sanitário*** *(Preencher os campos aplicáveis)**A preencher pela DGAV* |
| ***Plano sanitário aprovado pela DGAV*** | ***Sim*** |  | ***Não*** |  |
| **Assinatura do Técnico:** |
| **Data e validação pelo superior hierárquico:** |