|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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:** | | | | |