



PREMIS ID:

TARIKH:.....

SOALSELIDIK BAGI MENGESAN KEJADIAN PENYAKIT/TANDA KLINIKAL BAGI PENYAKIT AFRICAN HORSE SICKNESS(AHS) / EQUINE INFLUENZA VIRUS (EIV) DAN WEST NILE FEVER BAGI NEGERI

Latarbelakang Soalselidik

Soal selidik ini dijalankan oleh DVS Negeri bagi mengesan kejadian penyakit dan tanda-tanda klinikal penyakit tersebut.

A. MAKLUMAT PENTERNAK

1. Lokasi kawasan:

Daerah:..... Mukim

Alamat ladang:.....

GPS E: (contoh: E102.10084).....

N: (contoh: N 2.39803).....

2. Maklumat penglibatan dalam aktiviti pemeliharaan kuda:

- i. Nama Pemilik/ Pengusaha:.....
- ii. No. Kad Pengenalan:.....
- iii. No. Telefon:.....
- iv. Bangsa:.....
- v. Tujuan pemeliharaan:.....

B. MAKLUMAT KUDA DAN EKUID LAIN

a. Berapakah bilangan kuda yang anda miliki sekarang. Sila isi ruangan di bawah.

Jurusan ternakan	Bil. Jantan	Bil. Betina	Anak (<1thn)	Baka (Bil)
Kuda lumba				
Equestrian				
Baka(Stud farm)				
Working/Pastoral				
Polo Pony				
Kuda padi				
Miniature				
Keldai				
Ekuid lain:.....				

b. Sila tandakan (/) pada ruangan disediakan.

Cara pembiakan.	
Permanian beradas	
Natural mating	

c. Maklumat pemindahan kuda. Sila nyatakan bilangan dan maklumat tambahan dalam ruangan yang disediakan

Bilangan aktiviti kuda/keldai/ekuid lain ke luar Negara dalam setahun		Nyatakan nama Negara Dan tarikh di luar negara	
Bilangan kuda/keldai/ekuid baru dibawa masuk ke premis dalam setahun		Nyatakan negeri/negara asal Dan tarikh kemasukkan	

C. MAKLUMAT TANDA PENYAKIT AHS/EIV DAN WEST NILE FEVER

a. Adakah anda melihat tanda-tanda seperti berikut pada kuda/keldai/ekuid lain peliharaan anda?

Tanda Penyakit AHS	Ya	Tidak	Jika Ya, bila ia berlaku	Tempoh
i. Demam (Suhu 39°C – 41°C)				
ii. <i>Respiratory Distress</i>				
iii. <i>Dyspnoea</i>				
iv. <i>Coughing spasms</i>				
iii. <i>Supraorbital fossae Oedema</i>				
iv. <i>Subcutaneous oedema of the head, neck and chest.</i>				
v. <i>Congested conjunctivae</i>				
vi. <i>Petechial haemorrhages conjunctivae</i>				
vi. <i>Ecchymotic haemorrhages of the ventral surface of the tongue</i>				
vii. <i>Colic</i>				
Tanda Penyakit EIV	Ya	Tidak	Jika Ya, bila ia berlaku(Tarikh)	Tempoh
i. Demam (Suhu 39oC – 41oC)				
ii. <i>Respiratory Distress</i>				
iii. <i>Nasal Discharge</i>				
iv. <i>Coughing</i>				
v. <i>Kurang selera makan(Anorexia)</i>				
vi. <i>Depression</i>				
Tanda Penyakit West Nile Fever	Ya	Tidak	Jika Ya, bila berlaku (Tarikh)	Tempoh
i. <i>Depression</i>				
ii. <i>Stumbling</i>				
iii. <i>Muscle twitching</i>				
iv. <i>Kurang selera makan(Anorexia)</i>				
v. <i>Partial paralysis</i>				
vi. <i>Head pressing</i>				
vii. <i>Teeth grinding</i>				
viii. <i>Inability to swallow</i>				
ix. <i>Convulsions</i>				
x. <i>Paralysis</i>				

b. Adakah/pernahkah kuda,keldai atau ekuid lain peliharaan anda diberi vaksin AHS /EIV

Kumpulan Ekuid	Ya	Tidak	Jika Ya, bila tarikh vaksin diberikan
Kuda lumba			
Equestrian			
Baka(Stud farm)			
Working/Pastoral			
Polo Pony			
Kuda padi			
Miniature			
Keldai			
Ekuid lain:.....			

D. MAKLUMAT KEMATIAN (MORTALITY)

Kumpulan Ekuid	Ya	Tidak	Jika Ya, sila nyatakan bilangan
Kematian kuda			
Kematian keldai			
Kematian equid lain			

E. MAKLUMAT KAWALAN VEKTOR BAGI PENYAKIT AHS

Perkara	Ya	Tidak	Catatan
Kebersihan Premis dan sekitar memuaskan (rumput mestilah pendek dan ketinggian < 15 cm, tiada sampah sarap bertaburan)			
Longkang sempurna (Perparitan bersambung dan tiada sekatan aliran air dan tiada air bertakung)			
Longkang tersumbat			
Tangki Air bertutup			
Amalan kawalan vektor (cth: <i>insect trap</i>)			
Sistem Air minuman menggunakan bekas /palong air. Jika tidak nyatakan sistem yang digunakan			

Penemuduga;**Pengesahan oleh;**

Nama :.....

.....

Jawatan:.....

Pegawai Veterinar Daerah