

FORMULÁRIO 1

Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde
Secretaria de Estado de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde

REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO/SURTO DE DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

Nº

DATA DA NOTIFICAÇÃO: / /

HORA:

ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO
Informante:

DADOS REFERENTES AO CASO/SURTO
Localização do(s) caso(s) envolvido(s) no surto:

Nº de comensais expostos _____ Nº de doentes _____

Houve atendimento médico Sim Local _____ Não

Internações Sim Nº _____ Não

Óbitos Sim Nº _____ Não

Sinais e Sintomas Predominantes: _____

Refeição Suspeita: _____

Alimento (s) Suspeito(s): _____

OBSERVAÇÕES:

NOTIFICAÇÃO RECEBIDA POR:

Nome: _____ Função: _____
Local de Trabalho: _____ Fone: _____ Fax: _____
Município: _____ U.F.: _____

ORIENTAÇÕES PARA O INFORMANTE:

- Evitar que os alimentos suspeitos continuem a ser consumidos ou vendidos;
- Guardar, sob refrigeração, todas as sobras de alimentos, na forma em que se encontram acondicionados, até a chegada do grupo encarregado pela investigação.
- Quando se tratar de produtos industrializados suspeitos é necessário preservar as embalagens e respectivos acondicionamentos.
- Não fazer automedicação.
- Orientar os doentes a procurar o serviço de saúde

OBS: Caso o notificante seja um laboratório de análise clínica informar o agente etiológico.

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO DE DTA(formulário 2)

UNIDADE NOTIFICANTE: _____ DATA: / / SE: _____

DADOS DO CASO:
NOME DO PACIENTE: _____
DATA DO NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____
NOME DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
BAIRRO: _____
ENDEREÇO: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____ TELEFONE: _____

1. REFEIÇÃO SUSPEITA:
Data da ingestão: / / Hora da ingestão: _____
Local da ingestão: _____ Endereço: _____
Município: _____ Ponto de referência: _____

2. ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA:

3. CONDIÇÃO CLÍNICA doente não doente
Se doente, preencher os Seguintes campos:

4. INÍCIO DOS SINTOMAS: DATA ____/____/____ HORA: _____

5. SINAIS E SINTOMAS Náuseas Febre
 Vômitos Cefaléia
 Cólica Outros Especificar: _____
 Diarréia _____

6. RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO SIM NÃO ONDE: _____

7. HOSPITALIZADO SIM NÃO ONDE: _____

A SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

8. EXAMES LABORATORIAIS: SIM NÃO

Material: <input type="checkbox"/> Sangue	Data da coleta: / /	Fez uso de antibióticos antes da coleta <input type="checkbox"/> sim
<input type="checkbox"/> Fezes		<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Vômitos		Data do envio ao Laboratório: / /
<input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____		

Resultado: _____
Data do resultado: / /

10. CONCLUSÃO:
EVOLUÇÃO: _____
CASO DE DTA: confirmado descartado Especificar outro diagnóstico: _____
Se confirmado: laboratorial
 clínico epidemiológico

11. ACOMPANHAMENTO DO CASO/OBSERVAÇÃO:

MUNICÍPIO: _____ DATA DA INVESTIGAÇÃO: ____/____/____

**REGISTRO DO PROCESSAMENTO DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE
DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTO(formulário 4)**

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____ DATA DO INÍCIO DO SURTO: ____ / ____ / ____

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE GASTROENTERITE SEGUNDO O PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Período de incubação (em horas)	Nº de doentes	Nº acumulado de doentes
TOTAL		

Mediana do período de incubação: _____ h.

**TAXA DE ATAQUE SEGUNDO O TIPO DE ALIMENTO CONSUMIDO EM SURTO DE
GASTROENTERITE**

Alimentos servidos	Pessoas que comeram				Pessoas que não comeram				Diferença dos %	Risco Relativo (RR) = T1/T2
	Doentes (a)	Sadios (b)	Total (a+b)	T1 - Taxa de ataque % (a/a+b x 100)	Doentes (c)	Sadios (d)	Total (c+d)	T2 - Taxa de ataque % (c/c+d x 100)		

FREQUÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS EM SURTO DE DTA

Sinais / Sintomas	Nº de pacientes	%

