PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE INSPEÇÃO DE CONSULTÓRIO ESPECIALIDADES DIVERSAS (SIMPLIFICADO)

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA / ESTABELECIMENTO	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
N° do Processo:	**Alvará sanitário:**
CNPJ ou CPF:	**Telefone:**
Proprietário:	**Área Física total:**
Responsável:	**Horário de funcionamento:**
E-mail:	**Autorização de Funcionamento:** **( ) Sim ( ) Não**
Endereço:	
Data da Inspeção:	**Ramo de atividade**
Especialidades desenvolvidas:	

CRITÉRIOS E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO ROTEIRO/RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA	
S = SIM	Marcar SIM quando o estabelecimento atender ao Item em verificação.
N = NÃO	Marcar NÃO quando o estabelecimento não atender ao item em verificação.
NA = Não se aplica	Marcar NÃO SE APLICA quando o item em verificação não atender ao solicitado e não for obrigatório em razão de especificidades do estabelecimento em questão.
NO = Não observado	Marcar NÃO OBSERVADO quando o item em verificação não foi observado pelo profissional da vigilância sanitária. Quando o profissional responsável não estiver realizando o procedimento no ato da ação fiscalizadora.

1. ESTRUTURA FÍSICA EM GERAL						
Item	**Descrição do item**	**Sim**	**Não**	**NO**	**NA**	**Obs./Descrição da não conformidade**
1.1	Estrutura física, em geral, em adequado estado de conservação, limpeza e organização.					
1.2	Paredes, piso e teto, adequados, compostos de material liso, lavável, preferencialmente de cor clara e de fácil higienização, de forma que impeça a retenção de sujidade.					
1.3	Instalações elétrico/hidráulicas embutidas e/ou protegidas com material resistente a impactos e lavagens, de forma a impedir retenção de sujidade.					
1.4	Ventilação natural e/ou artificial adequada em todos os ambientes.					
1.5	Iluminação natural e/ou artificial adequada às condições de trabalho.					
2. SANITÁRIOS						

Item	Descrição do item	Sim	Não	NO	N A	Obs./Descrição da não conformidade
2.1	Estrutura física em adequado estado de conservação, higiene e organização.					
2.2	Instalações sanitárias com vasos sanitários e lavatórios em número suficiente.					
2.3	Possui vaso sanitário dotado de tampa.					
2.4	Presença de dispenser com sabonete líquido.					
2.5	Presença de suporte com papel toalha.					
2.6	Presença de lixeira com tampa e acionamento por pedal provido de saco plástico (azul/preto).					
2.7	Existência de sanitário exclusivo destinado ao público, que atenda a demanda, sendo, pelo menos 1 (um), adaptado para o uso de pessoa com deficiência (PCD).					
3. SALA DE ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO						
Item	**Descrição do item**	**Sim**	**Não**	**NO**	**N A**	**Obs./Descrição da não conformidade**
3.1	Estrutura física, em geral, em adequado estado de conservação, limpeza e organização.					
3.2	Possui lavatórios para mãos, providos de torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos.					
3.3	Presença de dispenser com sabonete líquido.					
3.4	Utiliza solução alcoólica para antissepsia das mãos (álcool 70%) com registro na ANVISA.					
3.5	Presença de suporte com papel toalha.					
3.6	Limpeza e desinfecção das superfícies com produto que possua registro na ANVISA para este fim (álcool 70%).					
3.7	Ambiente clínico (atendimento de pacientes e manipulação de insumos) sem presença de plantas, ventiladores e outros objetos estranhos às atividades.					
3.8	Presença de lixeira com tampa e acionamento por pedal provida de saco plástico (azul/preto) – identificada para resíduo comum.					
3.10	Os revestimentos das cadeiras e similares possuem material liso, lavável e impermeável e apresentam-se em bom estado de conservação.					
3.11	A mesa clínica apresenta revestimento liso, lavável e impermeável, de fácil limpeza e desinfecção e em bom estado de conservação.					
3.12	Utiliza lençóis descartáveis e realiza a troca de lençóis a cada paciente.					
3.13	Presença de almotolias identificadas com o tipo de solução, concentração, data de envase e validade (07 dias).					
3.14	Presença de materiais e insumos acondicionados em local fechado e sem umidade.					
3.15	Ausência de medicamentos, materiais e insumos vencidos.					
3.16	Os insumos de consumo estão acondicionados em recipientes com tampa ou gavetas e identificados.					
3.17	Utiliza apenas materiais descartáveis (de uso único).					
3.18	Os materiais de uso único são descartados após o uso.					
4. DOCUMENTAÇÃO						
Item	Descrição do item	Sim	Não	NO	N A	Obs./Descrição da não conformidade
4.1	Cópia do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) atualizada.					
4.2	Cópia do registro profissional (anuidade).					
4.3	Cópia do registro do responsável técnico junto ao conselho (Se for clínica).					

4.4	Certificado de controle integrado de pragas atualizado, com a respectiva Licença Sanitária da empresa atualizada.					
4.5	Registro de manutenção preventiva do ar condicionado.					
4.6	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, conforme a Resolução RDC nº 222/2018.					
4.7	Comprovante de descarte dos resíduos gerados no estabelecimento de saúde (químicos, biológicos e perfuro cortantes). (Se necessário)					
4.8	Cópia do contrato e comprovante de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos que necessitarem.					
4.9	Cópia do cartão de vacinação atualizado de todos os profissionais (Hepatite B, Tétano e Difteria).					
4.10	Cópia do comprovante de limpeza de caixa d'água realizados cada seis meses.					
4.11	Relação dos profissionais de saúde que atuam no local, com suas respectivas funções.					
4.12	Relação das atividades/procedimentos realizados no local.					
4.13	Rotinas – POP (Plano Operacional Padrão) de limpeza e desinfecção de artigos, equipamentos, superfícies e ambientes, bem como do processo de esterilização quando houver.					
4.14	Contrato de terceirização de prestação de serviço e alvará sanitário da empresa terceirizada. *Nota: esterilização e lavanderia.*					
4.14	Registro dos equipamentos na ANVISA e/ou Ministério da Saúde.					
4.15	Alvará de Localização e Funcionamento.					
4.16	Cópia da licença do Corpo de Bombeiros atualizada.					

5. REFERÊNCIA LEGAL

Decreto Municipal 170/1996 regulamenta o código sanitário (Lei 1896/1996) do município de Linhares;

Lei Municipal Complementar 018/2012 (Código de obras do município de Linhares), Arts. 100, 101 e 126;

Lei Municipal 2.613/2006 (Código de posturas do município de Linhares);

Lei Estadual Nº 9.269/2009 consolida os dispositivos constantes das Leis nºs 3.218, de 20.7.1978 e 7.990, de 25.5.2005 que dizem respeito ao serviço de segurança das pessoas e de seus bens, contra incêndio e pânico;

Portaria MS 2616 de 1998 (Dispõe sobre o regulamento técnico de controle de infecção hospitalar);

Portaria ANVISA 3523 de 1998 (Qualidade de ar);

Resolução RDC 50/2002 (Projetos físicos de estabelecimento assistencial de saúde);

Resolução RDC 222/2018 (Resíduo em Serviços de Saúde);

Resolução RDC 156/2006 (Registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos);

Resolução RDC 08/2009 (Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde);

Resolução RDC 15/2012 (Processamento de produtos para saúde e dá outras providências);

Resolução RDC 63/2011 (Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde);

RE 2605/2006 (produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados);

RE 2606/2006 (elaboração, validação, implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos);

Resolução CONAMA 358/2005 (Tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde);

Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, Ministério da Saúde, 1994;

Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies, ANVISA, 2010;

Guia de referência de limpeza, desinfecção, esterilização de artigos de serviço de saúde, SESA/ES, 2009.

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após vistoria realizada pela(s) autoridade(s) sanitária(s), fica(m) o(s) Senhor(es) notificado(s) a providenciar as ações necessárias à correção das não-conformidades apontadas, no prazo de ____ (_____) dias, **salvo prazos específicos apontados no corpo do documento.**. Para solicitação de prorrogação do prazo concedido, deverá ser redigido e protocolado na Vigilância Sanitária documento assinado pelo proprietário ou seu representante, apontando os itens e prazos específicos. Após avaliação do documento, o requerente será informado quanto à concessão ou não da prorrogação. O responsável pelo estabelecimento fica ciente de que, no caso do não cumprimento do prazo estipulado, estará sujeito às sanções previstas na Lei Municipal 1896/1996, regulamentada pelo Decreto Municipal n° 0170/1996 - Código Sanitário Municipal de Linhares.

Após vistoria realizada pela(s) autoridade(s) sanitária(s), verificou-se que o estabelecimento apresenta condições higiênico-sanitárias e estruturais em conformidade com a legislação vigente e toda a documentação pertinente ao desenvolvimento de suas atividades. Portanto, foi concedido o alvará sanitário.

AUTORIDADES SANITÁRIAS

Autoridade Sanitária	**Autoridade Sanitária**

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO

Data da ciência	**Hora**
_____ / _____ / _____	

Nome e Assinatura do Responsável

CONCESSÃO DE ALVARÁ APÓS RETORNO

Após vistoria realizada aos, ___ / ___ / ____ pela (s) autoridade (s) sanitária (s), verificou-se que todas as solicitações foram atendidas. Dessa forma, foi concedido o alvará sanitário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILANCIA EM SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Email: vigilancia.sanitaria@linhares.es.gov.br - TEL: (027) 3371-4098

REQUERIMENTO PARA DESCARTE DE MEDICAMENTOS E/OU SUBSTÂNCIAS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL - Portaria SVS/MS Nº 344/1998

A empresa requerente, vem dar ciência à Vigilância Sanitária do Municipio de Linhares, de que serão encaminhados para inutilização, medicamentos e/ou substâncias sujeitos a controle especial, **a ser realizada por empresa devidamente licenciada**.

DOCUMENTO DEVERÁ SER PREENCHIDO CORRETAMENTE E ENVIADO ESCANEADO AO E-MAIL INSTITUCIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

1º - O REQUERIMENTO DEVERÁ SER **PROTOCOLADO JUNTO AO ANEXO, NA SEDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES.**	2º - A VIGILÂNCIA SANITÁRIA FARÁ A CONFERÊNCIA, NO LOCAL DO ARMAZENAMENTO, CONFORME DESCRITO E AUTORIZARÁ O DESCARTE DOS MEDICAMENTOS REGISTRADOS NO FORMULÁRIO.	3º - O REQUERENTE REALIZA O DESCARTE COM EMPRESA ESPECIALIZADA E REMETE À VIGILÂNCIA SANITÁRIA O COMPROVANTE DE DESCARTE FINAL.

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO (ANEXAR)

Formulário de Inutilização de Medicamentos Controlados

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Razão Social:			
Nome Fantasia:		CNPJ/CPF :	
Endereço:			N°:
Bairro:	Município:	UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone 1:	Telefone 2:		
Ponto de referência:			

TERMO DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Declaro, para devidos fins, que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras e retratam fielmente o requerido.
Estou ciente de que:
a) As informações prestadas são de interesse público e qualquer inverdade ou omissão poderá invalidar o licenciamento sanitário obtido pelo presente processo, sujeitando-me às penalidades previstas nos instrumentos legais vigentes.
b) Caso seja verificado risco ou dano à saúde da população, inclusive a do trabalhador, em virtude dos produtos ou serviços prestados por meu estabelecimento, estarei sujeito às penalidades previstas nos instrumentos legais vigentes.

RESPONSÁVEL TÉCNICO (*OBRIGATÓRIO*)

Nome: _____

CPF.: _____ Registro Conselho: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO (*OBRIGATÓRIO*)

Nome: _____

CPF.: _____

_____

Assinatura do Responsável Técnico (Carimbo) ou Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILANCIA EM SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Email: vigilancia.sanitária@linhares.es.gov.br - TEL: (027) 3371-4098

FORMULÁRIO DE INUTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E/OU SUBSTÂNCIAS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL - Portaria SVS/MS Nº 344/1998

O DOCUMENTO DEVERÁ SER OBRIGATÓRIAMENTE PREENCHIDO COMPLETAMENTE E ANEXO AO REQUERIMENTO DE DESCARTE

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Razão Social:

Nome Fantasia: CNPJ/CPF :

Substância/ DCB (Farmácias)	Fabricante/Nome Comercial	Lista da Portaria Nº 334/1998	Quantidade	Apresentação	Lote	Validade	Motivo da Inutilização

Declaramos para os devidos fins a veracidade das informações aqui apresentadas referente à inutilização dos medicamentos sob controle da Portaria SVS/MS Nº 334/1998.

Assinatura do Responsável Técnico (Carimbo)	AUTORIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS / Logomarca da PM Linhares- ES	NOTIFICAÇÃO	Data __/__/__
Pessoa Física/ Jurídica	Série ?	Nº Número da folha/Bloco
Endereço		
Nome Fantasia	Ramo	
CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	

Após ação de Fiscalização sanitária, fica(m) o(s) Senhore(s) notificado(s) a:

No prazo de ____ (_____)_____ a contar da ciência desta notificação, sob pena de lhe(s) ser imposta(s) a(s) sanção(ões) prevista(s) no(s) Artigo(s):
Obs.: Antes de finalizado o prazo concedido poderá ser formalizado pedido de prorrogação de prazo, mediante apresentação de justificativa.

AUTORIDADES SANITÁRIAS		
Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO		
Nome Legível	C.P.F.	
Recebi 1ª via da qual fico ciente (assinatura)	Data de Ciência	Hora
( ) NA AUSÊNCIA ( ) RECUSA DO RECEBIMENTO PELO RESPONSÁVEL, TESTEMUNHADO POR		
1ª TESTEMUNHA – NOME LEGÍVEL	Assinatura	CPF
2ª TESTEMUNHA – NOME LEGÍVEL	Assinatura	CPF
LOCAL	Data	Nome da Autoridade Sanitária

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES
SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA PPLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA	Semana Epidemiológica
	Ano

Município: Linhares - Espírito Santo Unidade de Saúde:_____

Regional de Saúde: Colatina - Espírito Santo

Faixa Etária	Nº de Casos
< 1 ano	
1 a 4 anos	
5 a 9 anos	
10 ou +	
IGN	
TOTAL	

Plano de Tratamento	Nº de Casos
A	
B	
C	
IGN	
TOTAL	

Procedência	Nº de Casos
Total	

Nome Município	Nº de Casos

Outros Municípios	
Total	

ANÁLISE

1 - Houve aumento de casos?
( ) Sim ( ) Não
2- Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos?
_____
_____
3 - Houve mudanças de faixa etária?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, para qual?_____
O que sugere essa mudança? _____
_____
4 - Os casos estão concentrados em alguma(s) localidades?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, em qual(is) e qual a explicação?_____
_____
5 - Qual o plano de tratamento mais usado?_____
Se C, por quê?_____
_____
_____
_____
6 - Se houver mudança no comportamento usual das diarréias quais as medidas tomadas? _____
7 - Houve ocorrência de surto?

( ) Sim ( ) Não
Total de surtos:_____ Nº de surtos investigados:_____
8 - Colheu material para exame?
( ) Sim ( ) Não
Qual?_____

Unidades de Saúde que atendem diarréia: Nº_____

Unidades de Saúde que monitorizam diarréia: Nº_____

Linhares,_____de_____de_____.

_____
Nome do responsável pelo preenchimento

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA LINHARES 3372-2181

Prefeitura Municipal de Linhares Secretaria Municipal de Saúde Vigilância Ambiental da Saúde	SUS	Resultado da Observação de Animal Agressor	Ocorrência ___/___	Data ___/___/___

3 - Funcionário responsável pelo Preenchimento (Nome):

4 - Local de Atendimento (Nome da Unidade ou Posto):

5 - VITIMA

5.1 - Nome	5.2 - Apelido	5.3 - Idade
5.4 - Endereço	5.5 - Bairro	
5.6 - Referências	5.7 - Telefone	
5.8 - Responsável (Quando se Tratar de Crianças)	5.9 - Data da Agressão ___/___/___	

6 - NATUREZA DA EXPOSIÇÃO ☐ 6-1 - Leve 6-2 - Grave

7 - CARACTERÍSTICAS DO ANIMAL AGRESSOR

7.1 - Espécie	7.2 - Nº registro	7.3 - Estado de Saúde do Aninal	7.4 - Agressão
☐ A - Canina ☐ B - Felina ☐ C - Outra_____		☐ a - Saudável ☐ d - Ferido ☐ b - Doente ☐ e - Desaparecido ☐ c - Suspeito ☐ f - Morto	7.4.a-Condição: ☐ 1 - Expontânea ☐ 2 - Provocada 7.4.b-Local: ☐ 1 - Domicílio ☐ 2 - Rua

7.5 - Proprietário	7.6 - Nome do Proprietário	7.7 - Apelido
☐ a - Vítima ☐ b - Outro ☐ c - Desconhecido		

7.8 - Endereço	7.9 - Bairro
7.10 - Referências	7.11 - Telefone

8 - ESQUEMA DE TRATAMENTO ADOTADO

☐ 8.1 - Observação do animal ☐ 8.2 - Soro ☐ 8.3 - Vacina 8.4 - Nº de Doses:_____

9 - ORDEM DE SERVIÇO

9.1 - Programação: ☐ a - Normal ☐ b - Urgente

9.2 - Tipo: ☐ a - Observação Domiciliar ☐ b - Recolher p/ Observação em Canil ☐ c - Recolher e Encaminhar Amostra para o Laboratório

10 - RECEBIDO E AUTORIZADO POR

10-1 - Nome	10.2 - Assinatura	10.3 - Data ___/___/___

Observação:

Servidor responsável pela observação

Conclusão:

Raiva negativa:_____ Animal não localizado:_____ Enviado p/ laboratório:_____

Raiva positiva:_____ Endereço não localizado:_____

Outra:_____

Data:	Obs.:

FICHA DE OBSERVAÇÃO DIÁRIA SINTONIA

SINTONIA DATA/HORA		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Estado Geral	Bom												
	Regular												
	Ruim												
Comportamento	Normal												
	Agressivo												
	Apático												
	Prostado												
	Coma												
Latido	Normal												
	Bitonal												
Sialorréia	Ausente												
	Presente												
Corrimento Ocular	Ausente												
	Presente												
Diarréia	Ausente												
	Presente												
Vômito	Ausente												
	Presente												
Paralisia	Maxilar												
	M. Posterior												
	Ausente												
Miocionais	Ausente												
	Presente												
Convulsões	Ausente												
	Presente												
Diagnostico Clínico	Sadio Doença												
	Suspeito Raivoso												
Óbito													
	Proprietário	Laboratorial			Doação			Sacrificado			Adoção		

Veterinário Responsável:

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ESQUISTOSSOMOSE**

Nº

CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: ESQUISTOSSOMOSE — Código (CID10): B 65.9

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data cos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

12 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Ant. Epid.

31 Data da Investigação

32 Ocupação

Dados do Laboratório

33 Data da Coproscopia

34 Análise Quantitativa — 0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos

35 Análise Qualitativa — 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado

36 OUTROS — 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado

37 Outros exames (especificar)

Tratamento

38 Fez Tratamento? — 1- Sim - Praziquantel, 2- Sim - Oxaminiquine, 3 - Não, 9 - Ignorado

39 Data do Tratamento

40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? — 1- Contra Indicação, 2 - Recusa, 3 -Ausente, 9 - Ignorado

41 Resultado de Análise de Verificação de Cura — 0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado 1ªamostra 2ªamostra 3ªamostra

42 Data do Resultado da 3ª amostra

Conclusão

43 Especificar Forma Clínica — 1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)

Local Provável de Infecção

44 O caso é autóctone do município de residência? — 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

45 UF

46 País

47 Município — Código (IBGE)

48 Distrito

49 Bairro

50 Nome da Propriedade (se área rural)

51 Nome da Coleção Hídrica

52 Doença Relacionada ao Trabalho — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Evolução do Caso — 1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

54 Data do Óbito

55 Data do Encerramento

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS**

SARAMPO / RUBÉOLA

Nº

CASO SUSPEITO DE SARAMPO: Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.
CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA: Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfoadenopatia retroaurícular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS** — **1- SARAMPO** **2- RUBÉOLA** — Código (CID10) B 09

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado*

13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou triviral) — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

34 Data da Última Dose

35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas)
1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola
5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado

36 Nome do Contato

37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)

Dados Clínicos

38 Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)

39 Data do Início da Febre

40 Outros Sinais e Sintomas — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- ☐ Tosse
- ☐ Coriza (nariz escorrendo)
- ☐ Conjuntivite (olhos avermelhados)
- ☐ Artralgia/Artrite (dores nas juntas)
- ☐ Presença de Gânglios Retroauriculares/ Occiptais (caroços atrás da orelha/pescoço)
- ☐ Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)

Atendimento

41 Ocorreu Hospitalização
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42 Data da Internação

44 Município do Hospital — Código (IBGE)

45 Nome do Hospital — Código

Dados do Laboratório

Exame Sorológico

46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)

47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

48 Resultado

1 - Reagente
2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo
4 -Não Realizado

	Sarampo IgM	Sarampo IgG	Rubéola IgM	Rubéola IgG	Outras Exantemáticas IgM	Outras Exantemáticas IgG
S1						
S2						
Re-Teste						

Outras Exantemáticas
1 - Dengue
2 - Parvovírus B19
3 - Herpes vírus 6
4 - Outras

Isolamento Viral

49 Amostra clínica coletada
1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado

1 - Sangue Total
2 - Secreção Nasofaríngea
3 - Urina
4 - Liquor

50 Etiologia Viral
1 - Vírus Sarampo Selvagem
2 - Vírus Sarampo Vacinal
3 - Vírus Rubéola Selvagem
4 - Vírus Rubéola Vacinal
5 - Dengue
6 - Herpes Vírus Tipo 6
7 - Parvovírus B19
8 - Enterovírus
9 - Outras_____
10 - Não detectado

Medidas de Controle

51 Realizou Bloqueio Vacinal
1 - Sim 2 - Não 3 - Não, todos vacinados
4 - Não, sem história de contato 9- Ignorado

52 Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas
Menor de 5 anos
De 5 a 14 anos
De 15 a 39 anos

53 Especifique Intervalo de Tempo
1 - Em até 72 horas
2- Após 72 horas
9- Ignorado

Conclusão

54 Classificação Final
1 - Sarampo
2 - Rubéola
3 - Descartado

55 Critério de Confirmação ou Descarte
1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico 4 - Data da Última Dose da Vacina

56 Classificação final do caso descartado
1 - Dengue
2 - Escarlatina
3 - Exantema Súbito (Herpes Vírus Tipo 6)
4 - Eritema Infeccioso (Parvovírus B19)
5 - Enterovirose
6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina
7 - IgM associado temporalmente à vacina
8 - Sem soroconversão dos anticorpos IgG
9 - Ignorado

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 7 a 18 dias para sarampo e 12 a 23 dias para rubéola)

57 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

58 UF

59 País

60 Município — Código (IBGE)

61 Distrito

62 Bairro

63 Evolução do Caso
1-Cura 2-Óbito por doenças exantemáticas
3-Óbito por outras causas 9-Ignorado

64 Data do Óbito

65 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Observações Adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA**

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae.aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com inicio agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença **1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA** ☐ Código (CID10) A 90 A 92

3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade ☐ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado ☐

12 Gestante ☐ *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado*

13 Raça/Cor ☐ *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade ☐
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP -

28 (DDD) Telefone 29 Zona ☐ 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.

31 Data da Investigação 32 Ocupação

Dados clínicos

33 **Sinais clínicos** **1-Sim 2- Não**

☐ Febre ☐ Cefaleia ☐ Vômito ☐ Dor nas costas ☐ Artrite ☐ Petéquias ☐ Prova do laço positiva
☐ Mialgia ☐ Exantema ☐ Náuseas ☐ Conjuntivite ☐ Artralgia intensa ☐ Leucopenia ☐ Dor retroorbital

34 **Doenças pré-existentes** **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

☐ Diabetes ☐ Hepatopatias ☐ Hipertensão arterial ☐ Doenças auto-imunes
☐ Doenças hematológicas ☐ Doença renal crônica ☐ Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)

36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

37 **Exame PRNT** Data da Coleta

38 Resultado S1 ☐ S2 ☐ PRNT ☐
1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta

40 Resultado ☐
1- Positivo 2- Negativo
3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Exame NS1

41 Data da Coleta

42 Resultado ☐
1- Positivo 2- Negativo
3- Inconclusivo 4 - Não realizado

43 **Isolamento Viral** Data da Coleta

44 Resultado ☐
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

45 **RT-PCR** Data da Coleta

46 Resultado ☐
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

47 Sorotipo ☐
1- DENV 1 2- DENV 2
3- DENV 3 4 - DENV 4

48 **Histopatologia** ☐
1- Compatível 2-Incompatível
3- Inconclusivo 4 - Não realizado

49 **Imunohistoquímica** ☐
1- Positivo 2- Negativo
3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Hospitalização

50 **Ocorreu Hospitalização?** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐

51 **Data da Internação**

52 **UF**

53 **Município do Hospital** **Código (IBGE)**

54 **Nome do Hospital** **Código**

55 **(DDD) Telefone**

Conclusão

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 **O caso é autóctone do município de residência?** 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado ☐

57 **UF**

58 **País**

59 **Município** **Código (IBGE)**

60 **Distrito**

61 **Bairro**

62 **Classificação** ☐
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme
12- Dengue Grave 13- Chikungunya

63 **Critério de Confirmação/Descarte** ☐
1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação

64 **Apresentação clínica** ☐ 1- Aguda 2- Crônica

65 **Evolução do Caso** ☐
1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas
4-Óbito em investigação 9-Ignorado

66 **Data do Óbito**

67 **Data do Encerramento**

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

68 **Dengue com sinais de alarme**
1-Sim 2- Não 9-Ignorado

- ☐ Hipotensão postural e/ou lipotímia
- ☐ Queda abrupta de plaquetas
- ☐ Vômitos persistentes
- ☐ Dor abdominal intensa e contínua
- ☐ Letargia ou irritabilidade
- ☐ Sangramento de mucosa/outras hemorragias
- ☐ Aumento progressivo do hematócrito
- ☐ Hepatomegalia >= 2cm
- ☐ Acúmulo de líquidos

69 **Data de início dos sinais de alarme:**

70 **Dengue grave** **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

Extravasamento grave de plasma:

- ☐ Pulso débil ou indetectável
- ☐ PA convergente <= 20 mmHg
- ☐ Tempo de enchimento capilar >=3 segundos
- ☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória
- ☐ Taquicardia
- ☐ Extremidades frias
- ☐ Hipotensão arterial em fase tardia

Sangramento grave:

- ☐ Hematêmese
- ☐ Metrorragia volumosa
- ☐ Melena
- ☐ Sangramento do SNC

Comprometimento grave de órgãos:

- ☐ AST/ALT > 1.000
- ☐ Miocardite
- ☐ Alteração da consciência
- ☐ Outros órgãos, especificar:

71 **Data de início dos sinais de gravidade:**

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso:
- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.
- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.
- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.
- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE** — Código (CID10) Y 96

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data do Acidente

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado*

13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade — 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ª grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe - Ensino médio incompleto

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Completo (apto., casa,...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação — 02 - Empregado não registrado

32 Situação no Mercado de Trabalho

01 - Empregado registrado com carteira assinada
02 - Situação no Mercado de Trabalho
03 - Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatuário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07 - Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11 - Empregador
12- Outros
99 - Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

34 Local Onde Ocorreu o Acidente — 1- Instalações do contratante 2 - Via pública 3- Instalações de terceiros 4 - Domicílio próprio 9 - Ignorado

Dados da Empresa Contratante

35 Registro/ CNPJ ou CPF

36 Nome da Empresa ou Empregador

37 Atividade Econômica CNAE)

38 UF

39 Município — Código (IBGE)

40 Distrito

41 Bairro

42 Endereço

43 Número

44 Ponto de Referência

45 (DDD) Telefone

Antecedentes Epidemiológicos

46 O Empregador é Empresa Terceirizada
1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal

48 CNPJ da Empresa Principal

49 Razão Social Nome da Empresa)

Dados do Acidente

50 Hora do Acidente
H (hora) M (minutos)

51 Horas Após o Início da Jornada
H (hora) M (minutos)

52 UF

53 Município de Ocorrencia do Acidente Código (IBGE)

54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
CID 10

55 Tipo de Acidente
1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado

56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

57 Se Sim, Quantos

Dados do Atendimento Médico

58 Ocorreu Atendimento Médico?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

59 Data do Atendimento

60 UF

61 Município do Atendimento Código (IBGE)

62 Nome da U. S de Atendimento Código

63 Partes do Corpo Atingidas

01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo
02- Cabeça 05- Abdome 07- Membro inferior 11- Outro
03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado

64 Diagnóstico da Lesão
CID 10

65 Regime de Tratamento
1- Hospitalar
2- Ambulatorial
3- Ambos
9- Ignorado

Conclusão

66 Evolução do Caso
1 - Cura
2 - Incapacidade temporária
3- Incapacidade parcial
4- Incapacidade total permanente
5- óbito por acidente de trabalho grave
6-óbito por outras causas
7- Outro
9 - Ignorado

67 Se óbito, Data do óbito

68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT
1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO**

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO — Código (CID10): Z20.9

3 Data do Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data do Acidente

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

12 Gestante — 1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimestre, 4- Idade gestacional Ignorada, 5-Não, 6- Não se aplica, 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto, 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7-Educação superior incompleta, 8-Educação superior completa, 9-Ignorado, 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho
- 01- Empregado registrado com carteira assinada
- 02 - Empregado não registrado
- 03- Autônomo/ conta própria
- 04- Servidor público estatuário
- 05 - Servidor público celetista
- 06- Aposentado
- 07- Desempregado
- 08 - Trabalho temporário
- 09 - Cooperativado
- 10- Trabalhador avulso
- 11- Empregador
- 12- Outros
- 99 - Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

Dados da Empresa Contratante

34 Registro/ CNPJ ou CPF

35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE)

37 UF

38 Município — Código (IBGE)

39 Distrito

40 Bairro

41 Endereço

42 Número

43 Ponto de Referência

44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada — 1- Sim, 2 - Não, 3 - Não se aplica, 9- Ignorado

Acidente com material biológico

46 Tipo de Exposição

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☐ Percutânea ☐ Mucosa (oral/ ocular) ☐ Pele íntegra ☐ Pele não íntegra ☐ Outros _____

47 Material orgânico ☐

1-Sangue 2-Líquor 3-Liquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado

5-Liquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros:_____

48 Circunstância do Acidente ☐☐

01 - Administ. de medicação endovenosa
02 - Administ. de medicação intramuscular
03 - Administ. de medicação subcutânea
04 - Administ. de medicação intradérmica
05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue
06 - Punção venosa/arterial não especificada
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...
09 - Lavanderia
10 - Lavagem de material
11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
12 - Procedimento cirúrgico
13 - Procedimento odontológico
14 - Procedimento laboratorial
15 - Dextro
16 - Reencape
98 - Outros
99 - Ignorado

49 Agente ☐

1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros

5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ LUVA ☐ Avental ☐ Óculos ☐ Máscara ☐ Proteção facial ☐ Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) ☐

1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)

1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado

☐ Anti-HIV ☐ HbsAg ☐ Anti-HBs ☐ Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida? ☐

1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?

1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado

☐ Hbs Ag ☐ Anti-HBc ☐ Anti-HIV ☐ Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☐ Sem indicação de quimioprofilaxia
☐ Recusou quimioprofilaxia indicada
☐ AZT+3TC
☐ AZT+3TC+Indinavir
☐ AZT+3TC+Nelfinavir
☐ Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)
☐ Vacina contra hepatite B
☐ Outro Esquema de ARV Especifique_____

Conclusão

56 Evolução do Caso ☐

1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus:_____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo

4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data

58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho ☐

1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11

VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:
indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL[1] e que apresente Dispneia OU Saturação de O2 <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA

1. Data do preenchimento
2. UF
3. Município de registro do caso — Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica) — Código (CNES)
5. Data dos Primeiros Sintomas
6. Nome
7. Número do Cartão SUS
8. Data de Nascimento
9. (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
10. Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
11. Gestante — 1. 1ºTrimestre 2. 2ºTrimestre 3. 3ºTrimestre 4. Idade Gestacional Ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado
12. Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
13. Escolaridade — 0. Analfabeto 1. Fundamental (1-9 anos) 2. Médio (1-3 anos) 3. Superior 9. Ignorado 10. Não se aplica
14. Nome da Mãe
15. UF
16. Município de Residência — Código (IBGE)
17. Distrito
18. Bairro
19. Logradouro (rua, avenida,...) — Código
20. Número
21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)
22. Ponto de Referência
23. CEP
24. (DDD) Telefone
25. Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
26. País (se residente fora do Brasil)

ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
28. Se sim, data da última dose

29. Principais sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
- ☐ Febre
- ☐ Tosse
- ☐ Dor de Garganta
- ☐ Dispneia
- ☐ Mialgia
- ☐ Saturação de O_2 < 95%
- ☐ Desconforto respiratório
- ☐ Outros sinais e sintomas importantes: _____

30. Fatores de Risco 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
- ☐ Pneumopatias Crônicas
- ☐ Doença Cardiovascular Crônica
- ☐ Imunodeficiência/Imunodepressão
- ☐ Doença Hepática Crônica
- ☐ Doença Neurológica Crônica
- ☐ Doença Renal Crônica
- ☐ Síndrome de Down
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Puerpério (até 42 dias do parto)
- ☐ Obesidade. Se sim, especifique: IMC = _____
- ☐ Outros fatores de risco relacionados com a SRAG: _____

31. Uso de antiviral? 1 - Não usou 2 - Oseltamivir 3 - Zanamivir 4 - Outro, especifique: 9. Ignorado
32. Data de início do tratamento

33. Ocorreu internação? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
34. Data da internação
35. UF
36. Município da unidade de internação — Código (IBGE)
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica) — Código (CNES)

38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG) 1. Normal 2. Infiltrado intersticial 3. Consolidação 4. Misto 5. Outro: _____ 6. Não realizado 9. Ignorado
39. Data do Raio X

40. Fez uso de suporte ventilátorio? 1. Não usou 2. Sim, invasivo 3. Sim, não invasivo 9. Ignorado

41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
42. Data de entrada na UTI
43. Data de saída na UTI

DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

☐ 1. Não coletou 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem
4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: _____
9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ **IFI**

Data do Resultado - IFI

☐ **RT-PCR**

☐ Tipo de RT-PCR:
1. Convencional 2. Em tempo real

Data do Resultado - RT-PCR

☐ **Outro método, especifique (ex. cultura):**

_____

Data do Resultado do outro método

47. Diagnóstico Etiológico:

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

☐ Influenza A — **Se positivo para influenza A, qual subtipo:** 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal
☐ 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v
6- Outro subtipo de Influenza A, especifique: _____

☐ Influenza B

Outros agentes etiológicos respiratórios:

☐ Vírus Sincicial Respiratório (VSR) ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Adenovírus

☐ Outro vírus ou agente etiológico, especifique: _____

CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza
2. SRAG por outros vírus respiratórios
3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: _____
4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial
2. Clínico-Epidemiológico
3. Clínico

50. Evolução clínica

1. Recebeu alta por cura
2. Evoluiu para óbito
9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDRÔMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO):
- > 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.
- < 6 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.

Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em www.saude.gov.br/svs.

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line.
- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.
- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final.
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

ANOTAÇÕES

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)

UF	Município	Nome da Unidade	Código da Unidade de Saúde

Nome	Função	Assinatura

Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica

CONTROLE DE PROFILAXIA ANTI-RÁBICA HUMANA_____/_____/_____

Nome do paciente	Idade	Animal Agressor	Conduta	1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose	5ª dose	Soro

CONTROLE DE PROFILAXIA ANTI-RÁBICA HUMANA_____/_____/_____

Nome do paciente	Idade	Animal Agressor	Conduta	1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose	5ª dose	Soro

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis[a] não tratada ou tratada de forma não adequada[b,c].

a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

bTratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2[d]: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

-Manifestação clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

-Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

-Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta[e];

-Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;

-Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade

Situação 3: Evidência microbiológica[f] de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: **SÍFILIS CONGÊNITA** — Código (CID10): A 5 0.9

3 Data da Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código

7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante — 6 - Não se aplica

13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Antecedentes Epid. da gestante / mãe

31 Idade da mãe — Anos

32 Raça/cor da mãe — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

33 Ocupação da mãe

34 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

35 Realizou Pré-Natal nesta gestação — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

36 UF | 37 Município de Realização do Pré-Natal | Código (IBGE)

38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal | Código

39 Diagnóstico de sífilis materna — 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado

Dados do Lab. da gestante / mãe

40 Teste não treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

41 Título — 1:

42 Data

43 Teste treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Trat. da gestante / mãe

44 Esquema de tratamento — 1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado

45 Data do Início do Tratamento

46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Ant. Epidem. da Criança

47 UF

48 Município de nascimento / aborto / natimorto

Código (IBGE)

49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)

Código

Dados do Laboratório da Criança

50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

51 Título
1:

52 Data

53 Teste treponêmico (após 18 meses)
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado

54 Data

55 Teste não treponêmico - Líquor
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

56 Título
1:

57 Data

58 Titulação ascendente
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

59 Evidência de *Treponema pallidum*
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

60 Alteração Liquórica
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

Dados Clínicos da Criança

62 Diagnóstico Clínico
1 - Assintomático 3 - Não se aplica
2 - Sintomático 9 - Ignorado

63 Presença de sinais e sintomas
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

Icterícia Anemia Esplenomegalia Osteocondrite Outro _____
Rinite muco-sanguinolenta Hepatomegalia Lesões Cutâneas Pseudoparalisia

Tratamento

64 Esquema de tratamento
1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias
2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia
4 - Outro esquema _____
5 - Não realizado
9 - Ignorado

Evolução

65 Evolução do Caso
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas
4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado

66 Data do Óbito

Observações Adicionais:

Investigador

Município / Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.
10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a Treponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
44 - Esquema de Tratamento da mãe:
Esquema de Tratamento Adequado:
É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.
Esquema de Tratamento Inadequado:
É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou· tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamendo iniciado com menos de 30 dias antes do parto.
53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados
dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.
58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6 ,12 e 18 meses).
59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.
60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor da criança;
63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:
Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.
Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.
Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Dados Pessoais

Nome da criança:		
Nome da mãe:		
Nome do pai:		
Endereço:		
Cidade/Estado:	Telefone:	CEP:
Local de referência:		
Data de Nascimento: / /	Local:	

Comprimento (cm.):	Peso (gramas):	Perímetro cefálico (cm.):
Apgar 5':	Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea	
Observações:		

SUS

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Caderneta de Vacinação

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Nº cartão SUS:

Registro das Vacinas do Calendário Básico

Doses / Vacinas	BCG-ID	Hepatite B	VIP	PENTA (DTP)/Hib/HB	Rotavírus	Pneumocócica
1ª Dose	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
2ª Dose			Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
3ª Dose			Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:		
	Meningocócica C	Tríplice Viral	VOP	DTP	Meningocócica C	Pneumocócica
1ª Dose ou reforço	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
						dT 10 -10 anos
2ª Dose ou reforço	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	Data: / / Lote: Unid.: Ass.:

Vacina: Hepatite A Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:
Vacina: Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:	**Vacina:** Data: / / Lote: Unid.: Ass.:

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

Município	Código e nome da localidade	Categ. Localid.	Zona	Tipo	Concluída?
				1 - Sede 2 - Outros	S-Sim N-Não

Data da Atividade	Ciclo/Ano
/ /	/

1-LI - Levantamento de Índice | 2-LI+t - Levantamento de Índice + tratamento | 3-PE - Ponto Estratégico
4-T - Tratamento | 5-DF - Delimitação de foco | 6-PVE - Pesquisa Vetorial Especial

Nº do Quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Seq.	Compl.	Tipo de Imóvel	Hora		Visita (N-Normal / R-Recup.)	Pendência	Nº de Depósito							Imóvel inspc. (LI)	Coleta Amostra			Tratamento									
												Inspecionado								Nº da amostra		Qtde. Tubitos	Depósito eliminados	Imóvel trat.	Focal						Perifocal	
																									Larvicida (1)			Larvicida (2)			Adulticida	
								Entrada	Saída			A1	A2	B	C	D1	D2	E		Inicial	Final				Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Qtde. (Gramas/ML)	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Qtde. cargas

Assinatura do Agente		Assinatura do Supervisor		Tipo de Imóvel	R-residencial C-comércio TB-terreno Baldio	PE-ponto estratégico O-outro	Pendência	R-recusado F-fechado

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe-cionados	Recu-perados

Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº depósito inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL

Depósitos						
Eliminado	Trabalhos					
	Larvicida(1)			Larvicida(2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. tra	Tipo	Qtde. (Gramas/ML)	Qtde. dep. tra

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
com Aedes Aegypti								
com Aedes Albopictus								

Nº de imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	O	TOTAL
com Aedes Aegypti						
com Aedes Albopictus						
Outros						

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1- Caixa d'água (elevado) tambores e dep. alvenaria.

D1 - Pneus e outros materiais rodantes, câmaras de ar, manchões.

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) - tonel, tambor, barril, tina, dep. de barro (filtros, moringas e potes), cisterna, tanque, poço e cacimba.

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas e entulhos.

B - Pequenos depósitos móveis - vasos / frascos com água, prato, garrafas, pingadeira, recipientes de degelo em geladeiras, bebedouros em geral, pequenas fontes ornamentais mat. construção objetos religiosos / rituais.
E - Depósitos naturais - auxilas de folhas (bromélias etc.), buracos em árvores e rochas, restos de animais (cascas, carapaças etc.)

C - Depósitos fixos - tanques em obras, borracharia e hortas, calhas, lages e toldos em desníveis, ralos, sanitário em desuso, piscina não tratada, fontes ornamentais em muros, outras arquitetônicas (caixa de inspeção / passagens).

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

SUS

01	Controle Digitação

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
	IBIRAÇU				

05	Categ. localid.	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1 - sede 2- outros		/		/ /		/ /		S - sim N - não		/

12	Atividade		
	1 - LI - Levantamento de índice 4 - T - Tratamento	2 - LI + T - Levantamento de índice + Tratamento 5 - DF - Delimitação de Foco	3 - PE - Ponto Estratégico 6 - PVE - Pesquisa Vetoria Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13 Total quart. concl.	N° Imóveis trabalhados por tipo						N° Imóveis			23 Amostras Coletadas	Pendência		
	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal.	21 Trat. Perifocal	22 Inspe-cionados		24 Recusa	25 Fechados	26 Recu-perados

TB - terreno baldio PE - ponto estratégico

N° depósitos inspecionados por tipo								35 Depósito Eliminado
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total	

Depósitos Tratados						Adulticida		44 Total de Agentes na semana	45 Total dias trabalhados na semana
Larvicida (1)			Larvicida (2)			42 Tipo	43 Qtde. (Cargas)		
36 Tipo	37 Qtde. (Gramas)	38 Qt.dep.trat.	39 Tipo	40 Qtde. (Gramas)	41 Qt.dep.trat				

RESUMO DO LABORATÓRIO

N° depósitos com espécimes por tipo	46 A1	47 A2	48 B	49 C	50 D1	51 D2	52 E	53 Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - pequenos depósitos móveis C - depósitos fixos
D1 - pneus e outros materiais rodantes D2 - lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - depósitos naturais

N° de Imóveis com espécimes por tipo	54 Resi-dência	55 Comér-cio	56 Terreno baldio	57 Ponto es-tratégico	58 Outros	59 Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
outros						

N° de exemplares							
60 Larvas	61 Pupas	62 Exúvia de pupa	63 Adultos				

64 N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

65 N° e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

66 N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

67 Visto do supervisor		68 Data do visto	

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD (RESUMO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL)

Município	Código e Nome da Localidade	Zona	Concluído?
			S-Sim N-Não

Cat. Local	Tipo	Ciclo / Ano	Data Início	Data Final	Sem. Epidem.
	1 - Sede 2 - Outros	/	/ /	/ /	/

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Data	Nº de Imóveis Trabalhados por Tipo					Nº de Imóveis			Pendência		
	Res.	Com.	TB	PE	Out.	Inspec.	Trat. Focal	Trat. Perif.	Recus.	Fecha.	Recu.
Total											

Data	Nº de Depósitos Inspecionados por Tipo								Amos. Colet.	Dep. Elim.
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total		
Total										

Data	Q.Quar. Concl.	Larvicida T.1		Larvicida T.2		Adulticida		I. Pend. %	T. Ag.
		Q. Gr.	Q. D. Tr.	Q. Gr.	Q. D. Tr.	Tipo	Q. Car.		
Total									

RESUMO DO LAVORATÓRIO

	Nº de Depósitos com Espécimes por Tipo							
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL
Com Aedes Aegypti								
Com Aedes Albopictus								

	Nº de Imóveis com Espécime por Tipo						Nº de Exemplares			
	Res.	Com.	TB	PE	Out.	Total	Larvas	Pupas	Exúv.	Adul.
Com A. Aegypti										
Com A. Albopictus										
Outros										

Nº dos Quarteirões com Aedes Aegypti						Nº dos Q. com Aedes Albopictus				Nº Quat. com Aedes Aegypti + Albopictus	

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE - LINHARES-ES
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE VISITA

LOCALIDADE	CATEGORIA	Nº QUARTEIRÃO	Nº IMÓVEL

DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.	DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE - LINHARES-ES
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE VISITA

LOCALIDADE	CATEGORIA	Nº QUARTEIRÃO	Nº IMÓVEL

DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.	DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE - LINHARES-ES
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE VISITA

LOCALIDADE	CATEGORIA	Nº QUARTEIRÃO	Nº IMÓVEL

DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.	DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE - LINHARES-ES
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE VISITA

LOCALIDADE	CATEGORIA	Nº QUARTEIRÃO	Nº IMÓVEL

DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.	DATA	PROG.	ATIV.	NOME LEGÍVEL	VISTO SUP.

Boletim de Campo e Laboratório do Levantamento Rápido de Índices - LIRAa

MUNICÍPIO/UF: Nº DE QUARTEIRÕES: Nº DE IMÓVEIS: ESTRATO:______

BAIRRO (S): FOLHA:____/____

PREENCHIMENTO NO CAMPO														LABORATÓRIO											
Nº DO QUARTEIRÃO	ENDEREÇO				Nº DE RECIPIENTES COM FOCO							Identificação		NÚMERO DE TUBITOS			NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVOS								
	LOGRADOURO (Rua, Av, Praça,etc.)	Nº/ Compl.	Imóveis		TIPO DE RECIPIENTE							Nº das Amostras coletadas	Nº Tubitos	EXAMINADOS	aegypti	albopictus	*Aedes aegypti*								Aedes albopictus
			TB	Out.	A 1	A2	B	C	D1	D2	E						A 1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL	
TOTAL																									

Grupo A - Armazenamento de Água p/ consumo humano
A 1 -Caixa d'água ligada à rede (depósitos elevados)
A 2 - Depósitos ao nível do solo:consumo doméstico (barril, tina, tonel, tambor, depósito de barro, tanque, poço, cisterna, cacimba).

Grupo B - Depósitos móveis
Vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recip. degelo, bebedouros em geral, peq. fontes ornamentais, mat. dep. construção, objetos religiosos/rituais.

Nº de Imóveis positivos p/ Aedes aegypti:______ p/ Aedes Albopictus:______

Nº de terrenos baldios positivos p/ Ae. aegypti______ p/ Ae. Albopictus:______

Grupo C - Depósitos fixos
Tanques/depósitos em obras, borracharias e hortas, calhas e lages em desníveis, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornam, floreiras em cemitérios, cacos em muros, toldos, peças arquit. (caixas de inspeção/passagem)

Grupo D - Passíveis de remoção/proteção
D 1- Pneus e outros materiais rodantes (manchões/câmaras)
D 2-Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas) sucatas em pátios, ferro velhos é recicladores,, entulhos

Grupo E - Naturais
Axilas de folhas (bromélias, etc) buracos em árvores e em rochas, cascas, restos de animais (cascos, carapaças)

Exame de Laboratório

Nome:______ Data:____/____/____ Data:____/____/____

Visto do Superior

ETIQUETA PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

SUS/PMCD/LINHARES
Nº da amostra:_____
Agente: _____
Equipe:_____Quant.:_____
Estrato:____Imóvel:____Tipo:____
Depósito:_____
Cód. do depósito:_____
Nº de larvas:_____Pupas:_____
Data:_____/_____/_____
Laboratório: nº de larvas/Pupas
Ae aegypti: larvas____Pupas_____
Ae Albopictus: larvas___Pupas____
Outros: larvas_____Pupas_____

M.S/SEMUS

Ratificação Residencial

Localidade: _____ Município: _____ Nº: _____

Turma: _____ Data Início: ____/____/____

Data do Término: ____/____/____ Ciclo: _____

CASAS NOVAS									

Obs.: impressão frente e verso igual

tam.: 15 x 14 cm

gramatura: 180 gr

ESPOROTRICOSE

Um risco para seu gato e para você

A doença

Esporotricose é um tipo grave de micose que pode acometer humanos e animais provocando leões graves na pele.

Contaminação

Conhecida antigamente como doença do jardineiro, a Esporotricose pode ser transmitida aos humanos e aos animais, quando há o contato do fungo com a pele ou mucosa por meio de trauma decorrente de acidentes com espinhos, palha ou lascas de madeira, contato com vegetais em decomposição. Atualmente, o ciclo zoonótico tem tido grande importância devido a transmissão através de arranhadura ou mordedura de animais doentes, em especial os gatos.

Diagnóstico

Nos felinos

Os sinais mais observados são feridas no rosto e membros. As feridas são profundas, geralmente com pus, que não cicatrizam e costumam progredir para o resto do corpo. Outras alterações podem ser observadas, como perda de apetite, apatia, emagrecimento, epirros e secreção nasal.

Nos humanos

A manifestação geralmente começa com um pequeno caroço vermelho, que pode se tornar uma ferida. Geralmente aparecem nas mãos, nos braços, nas pernas ou no rosto, as vezes formando uma fileira de carocinhos ou feridas. A pessoa contaminada eventualmente pode apresentar dores nas articulações e febre.

Tratamento

A doença é grave, mas tem cura. A extensão das sequelas depende do tempo entre a manifestação da doença e o diagnóstico. Portanto, o ideal é procurar um médico veterinário assim que notar qualquer lesão nos gatos. Caso seja observada alguma lesão de pele em humano, a pessoa deve procurar uma unidade de saúde, e não esquecer de relatar o contato com o gato, caso este seja positivo.

Cuidados em caso de contágio

Nos humanos

- As pessoas com sintomas devem procurar a rede pública de saúde para diagnóstico e tratamento;
- Informe aos moradores do seu bairro sobre a ocorrência da doença em humanos e animais e as possíveis vias de transmissão

Nos felinos

- Procure o atendimento veterinário;
- Utensílios, brinquedos e outros objetos que o animal tenha contato precisam ser lavados com água e sabão e desinfetado.
- NUNCA se esqueça de usar luvas ao manusear o animal e durante a limpeza do ambiente e utensílios.

Prevenção

- Ao mexer em plantas e terra, faça uso de luvas;
- Mantenha seu quintal limpo evitando o acúmulo de galhos, folhas e lixo.
- Dê a destinação adequada a qualquer tipo de entulho existente na residência.
- Em caso de morte do animal, NÃO SE DEVE ENTERRAR O CORPO, para evitar que o fungo se espalhe pelo solo. A orientação é a INCINERAÇÃO que será providenciada pela Unidade de Vigilância de Zoonoses.

O GATO NÃO É O VILÃO

1800 1943

LINHARES

A ESPOROTRICOSE TEM CURA!

Mais informções podem ser obtidas pelo telefone:
3371-4098
Unidade de Vigilância de Zoonoses

CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA

Devem tomar a vacina contra raiva: cães, gatos, maiores de três meses, machos ou fêmeas, mesmo que estejam prenhas ou tenham acabado de ter filhotes.

A VACINA É GRATUITA!

Data: 21 de agosto de 2021
Casa a casa
Horário: 08:00 ás 16:00

Local:
- Amarelos
- Samambaia
- Iguape
- Rio Claro
- Barro Branco
- Morro Itaunas