Proteção à Saúde e Vigilâncias

Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)

Fichas de notificação compulsórias

CIEVS SBC

Atualizada em 28/07/2022

SECRETARIA DE SAÚDE

SÃO BERNARDO DO CAMPO

SÃO BERNARDO DO CAMPO
| Secretaria de Saúde

Sumário

Agravos geral 3
Conjuntivite.....4
Dengue e Chikungunya 5
Doença diarreica (UBS).....6
Doença diarreica (UPA) 7
Esporotricose 8
Mordedura roedor 9
Sarampo e rubeola 10
Sífilis em gestante 11
Síndrome gripal.....12
RAAT.....13

Agravos geral

Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo
Secretaria de Saúde

*NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS INUSITADOS OU QUE NÃO INTEGREM O SINAN (SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO)

SERVIÇO: _____ **DATA DA NOTIFICAÇÃO:** _____/____/_____

AGRAVO/ DOENÇA: _____

DATA DO ATENDIMENTO:_____/_____/_____	**DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS**_____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO

NOME :

DATA DE NASCIMENTO: ____/_____/_____ **IDADE:** _____ **PESO:** _____

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO: BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: TELEFONES:

GESTANTE ( ) SIM ( ) NÃO ID. GEST_____

LOCAIS FREQUENTADOS

ESCOLA

NOME: _____

ENDEREÇO: BAIRRO: _____

MUNICÍPIO:

TRABALHO

NOME: _____

ENDEREÇO: BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: TELEFONES:

OUTROS LOCAIS FREQUENTADOS

NOME: _____

ENDEREÇO: BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: TELEFONES:

NOME E CARIMBO DO NOTIFICANTE _____

*** ESTE IMPRESSO DEVERÁ SER UTILIZADO PARA NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VARICELA, PAROTIDITE E SURTOS DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR**

*** ESTE IMPRESSO DEVERÁ SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE PARA DOENÇAS QUE NÃO TENHAM FICHA EPIDEMIOLÓGICA PADRONIZADA, ALÉM DAS ACIMA CITADAS**

Conjuntivite

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE CONJUNTIVITE

SERVIÇO: _____ DATA: _____/_____/_____

SEXO FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 01 ano			
1- 4 anos			
5- 9 anos			
10 - 14 anos			
15 - 19 anos			
20-24 anos			
25-29 anos			
30-34 anos			
35-39 anos			
40-44 anos			
45-49 anos			
50-54 anos			
55-59 anos			
60 e mais			
TOTAL			

O DETALHAMENTO POR FAIXA ETÁRIA SERÁ APENAS PARA RESIDENTES EM SBCAMPO

Se houver o atendimento a pacientes que refiram a ocorrência de outros casos nos mesmos locais frequentados(trabalho, escola, creche, igreja, e outros), informar qual o local(nome, se possível endereço e telefone) ou o nome e telefone de um dos pacientes para que a Vigilância Epidemiológica faça o contato para orientar ações de controle do surto

CASOS DE UM MESMO LOCAL (ESCOLA /TRABALHO)

LOCAL	ENDEREÇO	TELEFONE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CASOS
SANTO ANDRÈ	
SÃO CAETANO DO SUL	
DIADEMA	
SÃO PAULO	
OUTROS	
TOTAL	

ENVIAR A PLANILHA DO DIA ANTERIOR NO DIA SUBSEQUENTE

RESPONSÁVEL: _____

URG/PRIV/UBSepidemia 1/4/2011

Dengue e Chikungunya

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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, Doencas hematológicas, Doenca 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)

Exame PRNT

37 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** 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
- Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória
- Taquicardia
- Extremidades frias
- Hipotensão arterial em fase tardia

Sangramento grave:

- Hematêmese
- Melena
- Metrorragia volumosa
- 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

- Plaquetopenia_____
- Hematocrito_____
- Leucopenia_____

DESLOCAMENTO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS ANTERIORES A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS

LOCAL DE TRABALHO: **MUNICÍPIO:**

ENDEREÇO: **TELEFONES:**

BAIRRO: **MUNICÍPIO:**

LOCAL DE ESTUDO/TEMPLOS RELIOSOS E OUTROS:

ENDEREÇO: **TELEFONES:**

BAIRRO: **MUNICÍPIO:**

DESLOCAMENTO PARA OUTRAS CIDADES:

DATA/ PERÍODO: ___/___/___ A ___/___/___ BAIRRO: **MUNICÍPIO:**

DATA/ PERÍODO: ___/___/___ A ___/___/___ BAIRRO: **MUNICÍPIO:**

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

***Ficha Epidemiológica do Ministério da Saúde Adaptada para o Município de São Bernardo do Campo**

*** OS DESLOCAMENTOS NÃO SÃO NECESSARIAMENTE VIAGENS DISTANTES. SÃO VÁLIDOS DESLOCAMENTOS AINDA QUE PARA MUNÍCIPIOS VIZINHOS (SANTO ANDRÉ, DIADEMA, SÃO PAULO ENTRE OUTROS), DEVEM SER IDENTIFICADOS SENDO INFORMADOS MUNICIPIO E BAIRRO.**

Doença diarreica (UBS)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SECRETARIA DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DOENÇA DIARREICA - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SERVIÇO: **SE:____/_____** **PERÍODO:_____/_____/_____ à _____/_____/_____**

DATA	Nº DE ORDEM	NOME - INICIAIS	FAA /HYGIA	BAIRRO RESIDÊNCIA	SEXO	IDADE	INÍCIO DOS SINTOMAS		DIARRÉIA COM SANGUE	SINAIS E SINTOMAS										DURAÇÃO DOS SINTOMAS	TRATAMENTO					EXAMES			EVOLUÇÃO		CONTATO OU INFORMAÇÃO DE OUTROS CASOS		LOCAL/ NOME DOS CONTATOS
							DIA DO MÊS	HORA		FEBRE	NAUSEAS	VÔMITO	DIARRÉIA	ALERGIAS	NEUROLÓGICOS	DOR ABDOMINAL	CEFALEIA				HIDRATAÇÃO V.O DOMICÍLIO -A	HIDRATAÇÃO V.O NA UNIDADE-B	HIDRATAÇÃO E.V -- C	USO DE ANTIBIÓTICO	INTERNAÇÃO	MATERIAL	DATA DA COLETA	RESULTADO	CURA	ÓBITO	S	N	

RESPONSÁVEL:

OBSERVAÇÕES QUE JULGAR IMPORTANTES:

PLANO A = HIDRATAÇÃO VO - DOMICÍLIO - SEM DESIDRATAÇÃO **PLANO B = HIDRATAÇÃO VO - UNIDADE - COM DESIDRATAÇÃO**

PLANO C = HIDRATAÇÃO EV - UNIDADE - COM DESIDRATAÇÃO

Doença diarreica (UPA)

Secretaria de Saúde

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DIARRÉIA - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE : _____ **DATA**_____/_____/_____

FAIXA ETÁRIA	DIARRÉIA **COM** SANGUE	DIARRÉIA **SEM** SANGUE	TOTAL
< 01 ano			
1- 4 anos			
5- 9 anos			
10 - 14 anos			
15- 19 anos			
20- 24 anos			
25- 29 anos			
30- 34 anos			
35- 39 anos			
40- 44 anos			
45- 49 anos			
50- 54 anos			
55- 59 anos			
60 e+			
TOTAL			

PLANO DE TRATAMENTO	CASOS
A (SEM DESIDRATAÇÃO/TRO DOMICÍLIO)	
B (COM DESIDRATAÇÃO/TRO UNIDADE)	
C (COM DESIDRATAÇÃO/REIDRATAÇÃO VENOSA)	
TOTAL	

BAIRRO	CASOS	BAIRRO	CASOS

Se houver o atendimento a pacientes que refiram a ocorrência de outros casos nos mesmos locais frequentados(trabalho, escola, creche, igreja, e outros), informar qual o local(nome, se possível endereço e telefone) ou o nome e telefone de um dos pacientes para que a Vigilância Epidemiológica faça o contato para orientar ações de controle do surto

RESPONSÁVEL _____ CARIMBO /ASSINATURA _____

* ENVIAR A PLANILHA DIARIAMENTE PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

UPA PSC 07/2011

Esporotricose

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravo/doença | Código (CID10) | 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)

Conclusão

Conclusão

31 Data da Investigação | 32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado | 33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | 35 UF | 36 País

37 Município | Código (IBGE) | 38 Distrito | 39 Bairro

40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

42 Data do Óbito | 43 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde

Nome | Função | Assinatura

ESPOROTRICOSE

Caso suspeito: Paciente com nódulos e/ou úlceras que não cicatrizam, com ou sem comprometimento linfático e tenha tido contato, nos últimos 12 meses, com gatos com lesões nodulares e / ou ulceradas

Caso Confirmado: Caso suspeito com exame micológico direto ou cultura positiva para *Sporothrix schenckii*

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

44 Ocupação

45 Tipo de Exposição ao Fungo *Sporothrix*
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
☐ Arranhadura ☐ Lambedura ☐ Mordedura ☐ Outro_____

Contato com animais contaminados:
☐ Gato ☐ Apresentando Lesões/feridas/ulceras ☐ Sem Lesões/feridas/ulceras
☐ Cachorro ☐ Apresentando Lesões/feridas/ulceras ☐ Sem Lesões/feridas/ulceras
☐ Outros:_____

Contato com ambiente contaminado:
☐ Madeira
☐ Terra
☐ Plantas
☐ Outros_____

Animal do proprietário: ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Observavel ☐ **Morto**

46 Sinais/sintomas e Tipos de ferida/lesão
1 - Sim 2 - Não
☐ Lesão nodular ☐ Lesões múltiplas gomosas ☐ Hiperemia ☐ Febre
☐ Abcesso local ☐ Pústula ☐ Lesões nodulares em fileira ☐ Lesão ulcerada ☐ Nodulo axilar ou ingnal palpavel

47 Localização da ferida/lesão
1 - Sim 2 - Não
☐ Cabeça ☐ Pescoço ☐
☐ Mucosa ☐ Mãos ☐ Pés ☐ Tronco ☐ Membros Superiores ☐ Membros Inferiores

48 Ferimento
1 - Único 2 - Múltiplo ☐
3- Sem ferimento 9 - Ignorado

49 Tipo de Ferimento
1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado
☐ Profundo ☐ Superficial ☐ Dilacerante

50 Data da Exposição

51 Uso de antifúngico
1 - Itraconazol 2 - Iodeto de potássio 3- Anfotericina B 4- Terbinafina 5- Nenhum ☐

52 Início da medicação

53 Quadro clínico formas cutâneas:
☐ Cutâneo linfática ☐ Cutâneo localizada ☐ Cutâneo disseminada ☐

54 Quadro clínico forma extracutânea:
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não
Se sim: ☐ Osteoarticular ☐ Ocular ☐ Nasal ☐ Testicular
☐ Pulmonar ☐ Oral ☐ Laríngea ☐ Outras:_____

55 Fatores de risco ou doenças associadas:
☐ HIV/Aids ☐ Corticosteróides ☐ Nenhuma
☐ Diabetes Mellitos ☐ Quimioterápicos ☐ Outras:_____

56 Diagnóstico ou suspeita de esporotricose
☐ Clínica ☐ Histopatológico ☐ Micológico: Direto ( ) Indireto ( )

57 Realizado biopsia da lesão:
☐ Sim ☐ Não

58 Data da Biopsia:

59 Resultado:

Antecedentes do Animal

60 Genero:
1 - Sim 2 - Não
☐ Macho ☐ Fêmea

Nome Animal:

61 O Animal tem hipótese diagnóstica de esporotiricose
☐ Sim ☐ Não

62 Se sim, está em tratatamento para doença
☐ Sim Data de início de tratamento ___/__/___ ☐ Não

63 CCZ Notificado
☐ Sim ☐ Não

64 Resultado de exame do animal
☐ Positivo ☐ Negativo

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____ **TELEFONES:** _____

ENDEREÇO: _____ **MUNICÍPIO:** _____

_____

_____

DESLOCAMENTOS PARA OUTRAS CIDADES:

DATA/PERÍODO: ____/____/____ a ____/____/____ **BAIRRO:** _____ **MUNICÍPIO:** _____

Observações: _____

_____

*** VERSO DA FICHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE ADAPTADA PARA O MUNICIPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

*** OS DESLOCAMENTOS NÃO SÃO NECESSARIAMENTE VIAGENS DISTANTES. SÃO VÁLIDOS DESLOCAMENTOS AINDA QUE PARA MUNÍCIPIOS VIZINHOS (SANTO ANDRÉ, DIADEMA, SÃO PAULO ENTRE OUTROS), DEVEM SER IDENTIFICADOS SENDO INFORMADOS MUNICIPIO E BAIRRO.**

Mordedura roedor

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Divisão de Veterinária e Controle de Zoonoses
Av. Dr. Rudge Ramos, 1740 – Rudge Ramos – Fone/Fax: 4365-3349/4368-9237 e-mail: ccz@saobernardo.sp.gov.br

NOTIFICAÇÃO DE MORDEDURA POR ANIMAIS ROEDORES

1 Agravo / Doença **MORDEDURA POR ROEDOR**										2 Data da Notificação / /	
3 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Telefone ( )				Código			
4 Nome do Paciente										5 Data de Nascimento / /	
6 Idade	7 Sexo	☐ Masculino ☐ Feminino	☐ Ignorado			8 Gestante	☐ Sim	☐ Não			
9 Nome da Mãe											
10 UF	11 Munícipio de Residência					12 Bairro					
13 Logradouro (Rua, Avenida...)										14 Número	
15 Complemento						16 Ponto de Referência					
17 (DDD) Telefone ( )			18 Zona	☐ Urbana ☐ Rural	☐ Peri - Urbana ☐ Ignorado						
19 Data do Atendimento / /			20 Ocupação							21 Data do Acidente / /	
22 UF	23 Munícipio de Ocorrência			24 Localidade de ocorrência	☐ Logr. Público	☐ Residência ☐ Lixeira	☐ Terreno ☐ Comércio				
25 Zona de Ocorrência	☐ Urbana ☐ Rural	☐ Peri-Urbana ☐ Ignorado		26 Mais alguém foi mordido?	☐ Sim	☐ Não		27 Quem?			
28 Local da mordida	☐ Cabeça	☐ Braço ☐ Ante-Braço	☐ Mão ☐ Dedo da Mão	☐ Tronco ☐ Coxa	☐ Perna ☐ Pé	☐ Dedo do Pé ☐ Ignorado					
29 Manifestações	☐ Locais ☐ Gerais			30 Especificar:							
31 Tratamento	☐ Soro Antitetânico ☐ Antibiótico	☐ Outros		32 Especificar:							
33 Tipo de Roedor	☐ Ratazana ☐ Rato de Telhado	☐ Camundongo ☐ Porquinho da India	☐ Hamster ☐ Chinchila	☐ Outros							

34 Informações Complementares

_____

_____

_____

_____

35 Responsável pelo Atendimento:

Nome: _____

Função _____

Sarampo e rubeola

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS
SARAMPO / RUBÉOLA
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

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 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 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

43 UF

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						

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 (não

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

CAMPO OBRIGATÓRIO **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

Campo Obrigatório

Local de Trabalho: **Horário:** **Telefones:**

Endereço: **Município:**

Local de Estudos/Templos Religiosos/outros: **Horário:** **Telefones:**

Endereço: **Município:**

Conhece alguém que teve ou está c/ sarampo: ☐ **NÃO** ☐ **SIM** **Se sim Nome:**

Mais alguém da Residência adoeceu: ☐ **NÃO** ☐ **SIM** **Se sim Nome:**

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Sífilis em gestante

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso:
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.
Situação 2 - Mulher sintomática[a] para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilancia em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual **Nº Hygia** Nº **Equipe:**

2 Agravo/doença **SÍFILIS EM GESTANTE** Código (CID10) O98.1 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação **SÃO BERNARDO DO CAMPO** Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnostico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo F - Feminino **F** 12 Gestante *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 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. gestante

31 Ocupação

32 UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) 34 Unidade de realização do pré-natal: Código

35 Nº da Gestante no SISPRENATAL 36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais

Resultado dos Exames

37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado 38 Título 1: 39 Data

40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Tratamento / encerramento

41 Esquema de tratamento prescrito à gestante
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceria sexual

42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceria sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro

1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.

3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.

5 - Parceiro com sorologia não reagente.
6 - Outro motivo: _____

Investigador

Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde

Nome	Função	Assinatura

Dados Clínicos - Antecedentes

DUM	DPP	DATA DA 1ª CONS. PRÉ NATAL	

	Sim	Não
Tabagista	☐	☐
Etilista	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Hipertensão	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐
Doença Mental	☐	☐

	Sim	Não
Uso de medicamento durante a gestação:_____	☐	☐
Trombolismo	☐	☐
Pré-Eclâmplia	☐	☐
Eclâmpsia	☐	☐
Profissional do Sexo	☐	☐

Situação de vunerabilidade (x)

Em Situação de Rua	☐	
Dependência Química	☐	Qual_____
Vunerabilidade Social	☐	
Outras vunerabilidades	☐	Qual_____

Acompanhamento do Tratamento da Gestante com Sífilis

Esquema de tratamento: Penicilina G Benzatina 3 Séries com intervalo de 7 dias, sendo prescrito em cada série 2.400.00 UI via IM, administrar 1.200.00 UI em cada glúteo.

Gestante	Agendado para	Data da Aplicação	Justificativa de não tratamento	Nome do Profissional
1ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
2ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
3ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
Gestante (Retratamento)	**Agendado para**	**Data da Aplicação**	**Justificativa de não tratamento**	**Nome do Profissional**
4ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
5ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
6ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____

Parceiro	Agendado para	Data da Aplicação	Justificativa de não tratamento	Nome do Profissional
1ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
2ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
3ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
Parceiro (Retratamento)	**Agendado para**	**Data da Aplicação**	**Justificativa de não tratamento**	**Nome do Profissional**
4ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
5ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____
6ª Dose	___/___/___	___/___/___	_____	_____

Obs: O tratamento concomitante do Parceiro pode ser inciado até 15 dias após o início do tratamento da gestante.

Acompanhamento
Titulação Teste Não Treponêmico

Data da coleta	Titulação
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	

Informações Complementares

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ATENÇÃO: Enviar cópia da Ficha de Notificação após o atendimento

Modificado em Abril de 2022
KSO

* Ficha Epidemiológica de Sífilis implementada/adaptada para o Município de São Bernardo do Campo a partir da ficha original do CVE.

Síndrome gripal

Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo -
SECRETARIA DE SAÚDE

PLANILHA DIÁRIA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE SINDROME GRIPAL

Síndrome gripal

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.
Em crianças com menos de dois anos de idade: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

UNIDADE : _____ Data: _____/_____/_____

SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL GERAL
FAIXA ETÁRIA			
< 01 ano			
1- 4 anos			
5- 9 anos			
10 - 14 anos			
15 - 19 anos			
20-24 anos			
25-29 anos			
30-34 anos			
35-39 anos			
40-44 anos			
45-49 anos			
50-54 anos			
55-59 anos			
60 e mais			
TOTAL			

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	CASOS
SANTO ANDRÉ	
SÃO CAETANO DO SUL	
DIADEMA	
SÃO PAULO	
OUTROS	

- **ESTA PLANILHA DEVERÁ SER ENVIADA DIARIAMENTE PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PELO MOTOBOY.**
- **OS CASOS COM SUSPEITA SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) DEVERÃO SER NOTIFICADOS IMEDIATAMENTE PASSANDO O FAX DA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA SRAG COM INFORMAÇÕES QUANTO À INTERNAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA.**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO_____

DÚVIDAS/ORIENTAÇÕES: 4128-7801 - 4128-7800
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
FAX 4128-7763

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO - RAAT

[ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO NO VERSO]

TRABALHADOR

1. UNIDADE
2. DATA
3. CARTÃO SUS/HYGIA
4. NOME
5. RAÇA|COR
   1- BRANCA 4-PARDA
   2-PRETA 5-INDÍGENA
   3-AMARELA 6-IGNORADO
6. NOME DA MÃE
7. DATA DE NASCIMENTO
8. SEXO 1-M [ ] 2-F [ ]
9. CARTEIRA DE IDENTIDADE
10. DATA EMISSÃO
11. ÓRGÃO EXP.
12. ENDEREÇO [RUA AVENIDA, ESTRADA, ETC]
NUMERO
COMPLEMENTO
BAIRRO
CEP
13. MUNICÍPIO
14. UF
15. TELEFONE
16. OCUPAÇÃO / CARGO
17. LOCAL DE TRABALHO / NOME DA EMPRESA
18. ENDEREÇO DO TRABALHO
19. MUNICÍPIO
20. UF
21. TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO
22. REGIME DE TRABALHO
[ ] CLT (CELETISTA) [ ]AUTÔNOMO [ ] EMPREGADO SEM REGISTRO [ ] APOSENTADO
[ ] DESEMPREGADO [ ] ESTAGIÁRIO [ ] ESTATUTÁRIO [ ] OUTROS .....

ACIDENTE

23. MOTIVO DO ATENDIMENTO DOENÇA OCUPACIONAL [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO [ ] TRAJETO [ ]
24. DATA DO ACIDENTE
25. HORÁRIO
26. AFASTAMENTO [ ] SIM [ ] NÃO
27. ÚLTIMO DIA TRABALHADO
28. LOCAL DO ACIDENTE
INSTALAÇÃO PRÓPRIA [ ] INSTALAÇÃO DE TERCEIROS [ ] RUA [ ]
29. DESCRIAÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE

ATENDIMENTO

30. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO / PARTE DO CORPO ATINGIDA
31. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL
32. CID 10
33. PREVISÃO AFASTAMENTO/DIAS
34. OBSERVAÇÕES
35. RESOLUÇÃO
[ ] 1. ACOMPANHAMENTO POR ESPECIALIDADE _____
[ ] 2. ENCAMINHAMENTO AO CEREST
[ ] 3. ÓBITO
[ ] 4. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DATA ENTRADA	DATA SAÍDA

36. LOCAL/DATA ATENDIMENTO
37. RESPONSÁVEL PELO PREENCIMENTO - NOME/FUNÇÃO