



# PLANILHA DE REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE SUSPEITA DE DTA'S



Unidade notificante	Data:
<b>1- Dados do caso</b>	
Nome do cliente: _____	Sexo: _____
Data de nascimento: _____	Idade: _____
Nome do município de residência: _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Ponto de referência: _____	
<b>2- Refeição suspeita:</b> _____	
Data: _____	Hora: _____
Local: _____	
<b>3- Alimentos consumidos na refeição suspeita:</b>	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>4- Condição clínica:</b> ( ) doente ( ) não doente	
<b>Se doente, preencher os seguintes campos:</b>	
<b>5- Início dos sintomas:</b>	Data: _____ Hora: _____
<b>6- Sinais e sintomas:</b>	( ) náuseas ( ) febre ( ) vômitos ( ) cefaléia ( ) cólica ( ) outros ( ) diarreia Especificar _____
<b>7- Recebeu atendimento médico</b>	( ) sim ( ) não Onde _____
<b>8- Hospitalizado</b>	( ) sim ( ) não Onde _____
<b>9- Exames laboratoriais</b>	( ) sim ( ) não
Material:	Fez uso de antibioticos antes da coleta?
( ) sangue	( ) sim ( ) não
( ) fezes	
( ) vômito	
( ) outro	Data do envio ao laboratório: _____
Especificar: _____	
<b>9- Resultado:</b> _____	
Data do resultado: _____	
Observação: _____	
<b>10- Conclusão:</b>	
Evolução: _____	
Caso de DTA: ( ) confirmado ( ) descartado	
Especificar outro diagnóstico: _____	
Se confirmado: ( ) clínico epidemiológico ( ) laboratorial	
<b>11- Acompanhamento do caso/observação:</b>	
Investigador: _____	Unidade de saúde: _____
Município: _____	Data da investigação: _____
Data da investigação: _____	Regional: _____