

PLANILHA DE CASOS

Ano

CNES:

Unidade de Saúde:

TIPO DE SERVIÇO: _____ (1) UNIDADE BÁSICA (2) PRONTO ATENDIMENTO (3) AMBULATÓRIO/CLÍNICA/HOSPITAL

FAIXA ETÁRIA - Escrever a idade do paciente na faixa etária correspondente (em dias até 1 mês, em meses até 1 ano e depois em anos)

** ZONA - Assinalar com um (X) (Urbano ou Rural)

A ser preenchido pela Unidade de Saúde

*** PLANO DE TRATAMENTO - Assinalar com um (X) se o plano de tratamento for **A (diarréia sem desidratação**, paciente atendido com cuidados domiciliares), **B (diarréia com desidratação**, paciente em observação na sala de TRO) ou **C (diarréia grave com desidratação**, paciente com reidratação endovenosa)

Assinalar com um X se foi coletada amostra de fezes para exame laboratorial; Assinalar com um X se houve contato com outro caso de diarréia antes de adoecer; Anotar se há outros casos de diarréia no domicílio, local de estudo ou trabalho, registrando, se sim, o número de pessoas com diarréia e se não, "zero";

M.G., Setembro / 2016

IMPRESSO I

Orientações para o preenchimento da Planilha de Casos de Diarreia

Instruções gerais:

Todos os casos de diarréias agudas, em seu primeiro atendimento, serão registrados neste impresso, no programa de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA). Não registrar retornos do mesmo episódio.

O Impresso I e/ou o Impresso II (com os dados consolidados do Impresso I) deverão ser enviados pelas unidades de saúde à vigilância epidemiológica municipal semanalmente, às 2ª. feiras, com as informações de casos de diarréia atendidos na semana anterior. A não ocorrência de casos na semana deve ser comunicada à vigilância epidemiológica local pelo envio do formulários II.

Os dados de todas as unidades de saúde do município, participantes da MDDA, serão consolidados pela vigilância epidemiológica no Impresso II para registro no SIVEP DDA e/ou enviados para a Regional de Saúde, todas as 4ª. feiras, com as informações de casos atendidos na semana anterior.

Como preencher:

Identificar o nome do município e o nome do Serviço de Saúde que atendeu e está informando os casos. Identificar o tipo de serviço, se unidade básica de saúde, pronto-socorro ou pronto- atendimento, ambulatório ou outro.

Cod IBGE: colocar o código do município onde está sendo feito o atendimento do caso

Município: colocar o nome do município onde está sendo feito o atendimento do caso

CNES: anotar o código no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade participante do MDDA onde está sendo feito o atendimento do caso.

Unidade de Saúde: colocar o nome do serviço onde está sendo feito o atendimento. Por exemplo:

Posto de Saúde Vila Branca; Unidade Sanitária Passo das Pedras; Emergência do Hospital

Santa Maria; Clínica de Atendimento Geral; Distrito Sanitário (quando houver).

Semana Epidemiológica de Atendimento: colocar o número da semana epidemiológica de atendimentos dos casos.

Ano de Atendimento: colocar o número do ano epidemiológico de atendimentos dos casos.

Número de Ordem: colocar o número dos casos atendidos em ordem crescente de 1 a 20.

Usar uma planilha para cada semana epidemiológica de atendimento. Caso uma semana ultrapasse 20 casos atendidos, dar sequência em outra, seguindo a numeração crescente, ou seja, iniciando a segunda folha com o número de ordem 21 e seguintes.

Data de Atendimento: registrar o dia, mês e ano que está acontecendo o atendimento.

Nome: escrever o nome completo do paciente. Por exemplo, João Jorge da Silva Abreu.

Faixa Etária: escrever a idade da pessoa atendida, da seguinte forma: na coluna: na coluna <01 (menor de 1 ano), caso tenha menos de 1 mês, escrever a idade em dias, caso tenha menos de 1 ano, escrever a idade em meses; nas colunas 01 a 04, 05 a 09, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 anos e mais, escrever a idade em anos; na coluna IGN (idade ignorada), marcar com um “X”, caso se desconheça a idade da pessoa (recomenda-se dar preferência o registro da idade aparente nas respectiva coluna).

Procedência: registrar, detalhadamente, o local de residência para permitir a distribuição espacial. A rua, o número, o bairro, a localidade, a fazenda e outros elementos de uso no município e até o nome de outro município, caso a pessoa não resida no município que o está atendendo. O endereço permitirá à equipe de Vigilância Epidemiológica realizar entrevista com o paciente ou seu responsável, nos casos de investigação de surto ou de óbito por doença diarréica.

Zona: marcar com um “X” se a procedência da pessoa atendida é da zona urbana ou rural.

Data dos Primeiros Sintomas: registrar o dia, mês e ano em que iniciou a diarreia. Por exemplo: em 8 de julho, foi atendida uma pessoa que iniciou com diarreia há três dias, portanto o início da doença foi no dia 5 de julho, sendo então esta a data a ser registrada nesta coluna. Quando não tiver a data dos primeiros sintomas, marcar ignorado.

Diarreia com Sangue: Assinalar com X se diarréia com sangue na coluna "SIM", Se não assinalar com X a Coluna "NÃO" ou se ignorado assinalar com X a coluna "IGN". - Importante destacar que o registro frequente de dado Ignorado desqualifica o MDDA -.

OBS: Em diarréia com sangue, todo caso deve ser investigado como surto, coletando-se amostras de fezes para identificação do agente etiológico, e entrevistando-se o paciente ou seu responsável para detecção de possíveis causas, água ou alimentos suspeitos. O paciente deve ser acompanhado com vistas a prevenir complicações, entre elas, a Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU). As amostras de fezes ou cepas identificadas devem ser enviadas para a FUNED para confirmação do agente, sorotipagem e testes . Todos os picos de aumento de casos ou outras mudanças no comportamento semanal da diarréia ou casos com vínculo com outros casos de diarréia devem ser investigados.

Coleta de amostras de fezes? Assinalar com um X se foi coletada amostra de fezes para exame laboratorial do caso; assinalar com um X se houve contato com outro caso de diarréia antes de adoecer.

Contato c/caso de diarréia? Assinalar com um X se houve contato com outro caso de diarréia antes de adoecer.

Plano de Tratamento: registrar com um “X” na coluna do Plano de Tratamento qual foi utilizado – A, B , C ou IGN. - Importante destacar que o registro frequente de dado Ignorado desqualifica o MDDA -.

A= diarreia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares.

B= diarreia com desidratação, paciente em observação na unidade de saúde com TRO.

C= diarreia com desidratação grave, paciente com hidratação venosa.

IGN = sem registro do tratamento utilizado ou não utilização dos planos A, B ou C.

Assinatura/Responsável: registrar, de forma legível, o nome completo do profissional responsável pelo preenchimento e assinar. Caso mais de um profissional faça uso do impresso, sugere-se que o coordenador da equipe seja o responsável.

Data: registrar o dia, mês e ano em que foi preenchido.