ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

FORMULÁRIO 02

INQUÉRITO COLETIVO DE SURTO DE DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTO

LOCAL DE OCORRÊNCIA	ENDEREÇO	
DATA DA NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	GERÊNCIA DE SAÚDE

Nº DE ORDEM	NOME DOS COMENSAIS **DOENTES**	SEXO	IDADE	CONDIÇÃO CLÍNICA	HOSPITALIZAÇÃO	REFEIÇÃO SUSPEITA		PRIMEIROS SINTOMAS		PERÍODO DE INCUBAÇÃO P/ HORA	SINAIS E SINTOMAS								ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA												EXAMES LABORATORIAIS DOS COMENSAIS				EVOLUÇÃO	
						DIA	HORA	DIA	HORA		FEBRE	NÁUSEAS	VÔMITOS	CÓLICAS	DIARRÉIA	MANIFESTAÇÃO ALÉRGICA	MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA																USO DE ANTIBIÓTICO	MATERIAL	DATA DA COLHEITA	RESULTADO	CURA	ÓBITO
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

INVESTIGAÇÃO **INVESTIGADOR**

LOCAL E DATA	NOME	FUNÇÃO	LOCAL	ASSINATURA

LEGENDA

SEXO M - MASCULINO F - FEMININO	IDADE A - ANO D - DIA M - MÊS	CONDIÇÃO CLÍNICA N - NÃO DOENTE S - DOENTE	HOSPITALIZAÇÃO S - SIM N - NÃO	SINAIS E SINTOMAS N - NÃO S - SIM	ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA N - NÃO S - SIM	TIPO DE MATERIAL 1-SANGUE 2-FEZES 3-VÔMITOS 4-URINA 5-TECIDOS 6-OUTROS	USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DA COLHEITA N - NÃO S - SIM	RESULTADO 1 - SHIGELLA 2 - SALMONELLA 3 - S. AUREUS 4 - B. CEREUS 5 - C. PERFRINGENS 6 - E. COLI 7 - OUTROS

LOCAL DE OCORRÊNCIA – É O PROVÁVEL LOCAL ONDE AS PESSOAS SE CONTAMINARAM

LOCAL DE INVESTIGAÇÃO – LOCAL(IS) ONDE OS CASOS FORAM INVESTIGADOS (SERVIÇOS DE SAÚDE, RESIDÊNCIAS, ESTABELECIMENTOS).

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS – ** PERDA DA CONCIÊNCIA, DILATAÇÃO DAS PUPILAS, DIFICULDADE DE DEGLUTIR, FALAR E RESPIRAR, PARALISIA RESPIRATÓRIA, DORMÊNCIA , DEBILIDADE NOS MEMBROS INFERIORES, PARALISIA, DIFICULDADE MOTORA, PÉ CAÍDO OU MÃO CAÍDA