

## Surtos de Intoxicação Alimentar



### Definição de Surto:

- Aumento do número de casos de DDA acima do limite esperado para a população envolvida, naquele período específico.
- A ocorrência de, no mínimo, dois casos com o mesmo quadro clínico após ingestão do mesmo alimento ou água da mesma origem num determinado período de tempo, caracteriza-se como surto de doença transmitida por alimento.
- Para doenças de transmissão hídrica e alimentar considerada rara para a população envolvida, (ex. Botulismo, cólera, etc.) a ocorrência de apenas um caso já é considerado como surto



### Orientações frente aos surtos de diarreia / Intoxicação Alimentar/água

- 1 - Preencher o formulário 1 de surto;
- 2- Preencher para cada paciente com diarreia o formulário 3 (individual de surto de DTA) independente de colher ou não as amostras de fezes;
- 3- Coletar fezes no coletor universal (rotular com o nome do paciente, data e local);
- 4- Coletar fezes no swab fecal meio cary Blair (rotular);
- 5- Colocar o frasco coletor na parte de baixo (inferior) da geladeira dentro do saco plástico e transportar em caixa de isopor com gelox ou caixa térmica. Enviar para o Lacen no Maximo em 3 dias após a coleta;
- 6- Enviar de cada paciente que foi coletado fezes o formulário 3 com a seguinte observação na ficha: Realizar pesquisa de bactéria e vírus – Surto;
- 7- Preencher a ficha do Gal para cada paciente que fez a coleta e enviar junto com as amostras de fezes;
- 8- Orientar aos médicos e funcionários para não administrar antibiótico antes de coletar fezes;
- 9- Coletar alimento e ou água e enviar ao lacen. Junto com o alimento ou a água enviar formulário 1. Caixa térmica separado das fezes.



SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: |\_\_| |\_\_| - ANO \_\_\_\_

MUNICÍPIO: _____		DRS: _____		GVE: _____	
NOME DA (S) UNIDADE (S) DE SAÚDE (S) _____					
<b>DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DIARRÉIA POR FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA</b>					
FAIXA ETÁRIA	Nº. DE CASOS			PLANO DE TRATAMENTO	
	DIARRÉIA SEM SANGUE	DIARRÉIA COM SANGUE	TOTAL	TIPO	Nº. DE CASOS
< 1 a				A	
1 a 4				B	
5 a 9				C	
10 anos e +				IGN	
IGN				TOTAL	
TOTAL					
PROCEDÊNCIA		Nº. DE CASOS		ANÁLISE	
				1) Houve aumento de utilização do Plano C? _____	
				2) Houve aumento do número de casos? _____	
				3) Houve concentração de casos em alguma (s) área (s)? _____	
				4) Houve mudança de faixa etária? _____ Qual? _____	
				5) Houve ocorrência de óbito por diarreia? _____ Quanto óbitos? _____	
				6) Ocorreu surto? _____ Quanto surtos? _____ Especificar o número de casos por surto: _____	
				Quanto surtos foram investigados? _____	
				Já foram notificados no SINANNet? _____	
				Quais os números dos surtos no SINANNet? _____	
				Quanto surtos com amostras coletadas? _____	
				Em quanto casos de diarreia foram coletadas amostras de fezes? _____	
				Nos casos de diarreia com sangue as amostras ou cepas foram encaminhadas para o IAL para identificação, sorotipagem ou outros testes? _____	
				Outras informações de interesse: _____	
				OBS: Em diarreia com sangue, todo caso deve ser investigado como surto, coletando-se amostras e entrevistando o paciente/seu responsável para identificação de possíveis causas.	
<b>A SER PREENCHIDO PELA VE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO:</b>					
Nº de UNIDADES DE SAÚDE QUE ATENDEM DIARRÉIA: _____					
Nº de UNIDADES DE SAÚDE QUE MONITORAM DIARRÉIA: _____					
Nº de UNIDADES DE SAÚDE INFORMANTES: _____					
DATA: ____/____/____		NOME: _____ (responsável pelo preenchimento)		ASSINATURA: _____	
				VISTO DA CHEFIA: _____	

Anexo 3- Formulário 1 –Usado para notificar os surtos

FORMULÁRIO 1 - REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO/SURTO DE DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTOS

Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde

Nº \_\_\_\_\_ DATA DA NOTIFICAÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_  
**ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO**  
Informante: \_\_\_\_\_  
Endereço/Telefone: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência: \_\_\_\_\_

**DADOS REFERENTES AO CASO/SURTO**

Localização do(s) caso(s) envolvido(s) no surto: \_\_\_\_\_

Nº de comensais expostos \_\_\_\_\_ Nº de doentes \_\_\_\_\_  
Houve atendimento médico  Sim Local \_\_\_\_\_  Não

Internações Sim  Nº \_\_\_\_\_ Não   
Óbitos Sim  Nº \_\_\_\_\_ Não

Sinais e Sintomas Predominantes: \_\_\_\_\_

Refeição Suspeita: \_\_\_\_\_ Alimento (s) Suspeito(s): \_\_\_\_\_

Local da Ingestão:

Domicílio  Restaurante  Festa  Refeitório  Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Ponto de referência \_\_\_\_\_

Data da Ingestão: / / Hora: \_\_\_\_\_

Local de Aquisição: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Ponto de referência \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

**NOTIFICAÇÃO RECEBIDA POR:**

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ U.F.: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES PARA O INFORMANTE:**

- Evitar que os alimentos suspeitos continuem a ser consumidos ou vendidos;
- Guardar, sob refrigeração, todas as sobras de alimentos, na forma em que se encontram acondicionados, até a chegada do grupo encarregado pela investigação.
- Quando se tratar de produtos industrializados suspeitos é necessário preservar as embalagens e respectivos acondicionamentos.
- Não fazer automedicação.
- Orientar os doentes a procurar o serviço de saúde.

**Anexo 4- Formulário 3** –Usado na investigação de surto para cada paciente devera preencher um formulário 3

**FORMULÁRIO 3 - FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO DE DTA**

UNIDADE NOTIFICANTE: _____		DATA: / / SE: _____	
<b>DADOS DO CASO:</b>			
Nome do Paciente: _____			
Data do Nascimento: / / Idade: ____ Sexo: _____			
Nome do Município de Residência: _____			
Bairro: _____			
Endereço: _____			
Ponto de Referência: _____		Telefone: _____	
<b>1. REFEIÇÃO SUSPEITA:</b>			
Data da ingestão: / /		Hora da ingestão: _____	
Local da ingestão: _____			
Endereço: _____			
Município: _____		Ponto de referência: _____	
<b>2. ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA:</b>			
_____			
_____			
_____			
<b>3. CONDIÇÃO CLÍNICA</b> <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> não doente			
Se doente, preencher os Seguintes campos:			
<b>4. INÍCIO DOS SINTOMAS:</b> Data / /		Hora: _____	
<b>5. SINAIS E SINTOMAS</b>			
<input type="checkbox"/> Náuseas		<input type="checkbox"/> Febre	
<input type="checkbox"/> Vômitos		<input type="checkbox"/> Cefaléia	
<input type="checkbox"/> Cólica		<input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____	
<input type="checkbox"/> Diarréia			
<b>6. RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Onde: _____	
<b>7. HOSPITALIZADO</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Onde: _____	
<b>8. EXAMES LABORATORIAIS:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Material: <input type="checkbox"/> Sangue		Data da coleta: / /	
<input type="checkbox"/> Fezes		Fez uso de antibióticos antes da coleta <input type="checkbox"/> sim	
<input type="checkbox"/> Vômitos		<input type="checkbox"/> não	
<input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____		Data do envio ao Laboratório: / /	
<b>9. RESULTADO:</b>			
Data do resultado: / /			
<b>10. CONCLUSÃO:</b>			
Evolução: _____			
Casa de DTA <input type="checkbox"/> confirmado		<input type="checkbox"/> descartado Especificar outro diagnóstico:	
Se confirmado: <input type="checkbox"/> laboratorial			
<input type="checkbox"/> clínico epidemiológico			
<b>11. ACOMPANHAMENTO DO CASO/OBSERVAÇÃO:</b>			
_____			
_____			
Investigador: _____		Unidade de Saúde: _____ Fone: _____	
Município: _____		Regional: _____ Data da investigação: / /	

