

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) _____					
DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DIARRÉIA POR FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA					
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.	
A SER PREENCHIDO PELA VE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO:					
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:	
DADOS DO CASO:			
Nome do Paciente: _____			
Data do Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: _____			
Nome do Município de Residência: _____			
Bairro: _____			
Endereço: _____			
Ponto de Referência:		Telefone: _____	
1. REFEIÇÃO SUSPEITA:			
Data da ingestão: ___/___/___		Hora da ingestão: _____	
Local da ingestão: _____			
Endereço: _____			
Município: _____		Ponto de referência: _____	
2. ALIMENTOS CONSUMIDOS NA REFEIÇÃO SUSPEITA:			

3. CONDIÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> não doente			
Se doente, preencher os Seguintes campos:			
4. INÍCIO DOS SINTOMAS: Data ___/___/___ Hora: _____			
5. SINAIS E SINTOMAS			
		<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	
6. RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde: _____			
7. HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde: _____			
8. EXAMES LABORATORIAIS: <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: ___/___/___	
9. RESULTADO:			
Data do resultado: ___/___/___			
10. CONCLUSÃO:			
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			
11. ACOMPANHAMENTO DO CASO/OBSERVAÇÃO:			

Investigador: _____ Unidade de Saúde: _____ Fone: _____			
Município: _____		Regional: _____ Data da investigação: / /	

