

# 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

N.º \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

N.º de comensais expostos \_\_\_\_\_ N.º de doentes \_\_\_\_\_

Houve atendimento médico Sim Local \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Internações Sim N.º \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Óbitos Sim N.º \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## 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.

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

De acordo com o parágrafo 1 do Artigo 1º da Portaria nº 2.325/GM, de 8 de Dezembro de 2003, a ocorrência de agravo inusitado à saúde, independente de constar da lista de agravos de notificação compulsória deverá também ser notificada imediatamente às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde.

O formulário 1 deve ser utilizado para registrar a ocorrência do surto e pode ser usado para notificar o mesmo aos níveis hierárquicos superiores.

**Nº:** a ser preenchido pelo digitador quando for o caso.

**Data da notificação:** Informar dia/mês/ano da notificação

**Hora:** Informar a hora da notificação (de 0h à 24h).

**Informar a origem da notificação:** registrando o nome da pessoa que fez contato/notificou à Unidade de Saúde;

**Endereço:** completo e legível do informante, telefone e ponto de referência.

**Dados referentes ao caso/surto:**

**Localização do(s) caso(s) envolvido(s) no surto:** anotar os endereços ou nomes de hospitais, escolas, ou outro local onde se encontram os casos;

**Nº de comensais expostos:** nº de pessoas que comeram a mesma refeição/alimento;

**Nº de doentes:** nº de pessoas que apresentaram sintomas;

**Atendimento médico:** auto-instrutivo;

**Internações:** auto-instrutivo;

**Óbitos:** auto-instrutivo;

**Sinais e sintomas predominantes:** listar

**Refeição suspeita:** aquela indicada como responsável pelo caso/surto de DTA.

**Alimento(s) suspeito(s):** listar os alimentos consumidos na refeição; nas misturas, referir os principais componentes ex: farofa de ovos. Quando produtos industrializados anotar dados referentes à marca, data de validade e lote.

**Local da ingestão:** marcar (x); em outros, especificar.

**Endereço:** do local da ingestão e ponto de referência

**Data da ingestão:** dia/mês/ano e hora (de 0 à 24h).

**Local da aquisição:** onde foi adquirido o alimento/refeição suspeito

**Endereço:** do local da aquisição e ponto de referência

**Observações:** anotar outras informações que forem importantes para o caso/surto.

**Outros campos:** auto-instrutivo.

## 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> ( ) doente ( ) não doente		
Se doente, preencher os seguintes campos:		
<b>4. INÍCIO DOS SINTOMAS:</b> Data ____/____/____ Hora: _____		
<b>5. SINAIS E SINTOMAS</b>		
( ) Náusea ( ) Febre		
( ) Vômito ( ) Cefaléia		
( ) Cólica ( ) Outros Especificar: _____		
( ) Diarréia		
<b>6. RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO</b> ( ) Sim ( ) Não Onde: _____		
<b>7. HOSPITALIZADO</b> ( ) Sim ( ) Não Onde: _____		
<b>8. EXAMES LABORATORIAIS:</b> ( ) Sim ( ) Não		
Material: ( ) Sangue	Data da coleta: ____ / ____ / ____	Fez uso de antibióticos antes da coleta ( ) Sim ( ) Não
( ) Fezes		
( ) Vômito		
( ) Outro Especificar: _____		Data do envio ao laboratório: ____/____/____
<b>9. RESULTADO:</b>		
Data do resultado: ____/____/____		
<b>10. CONCLUSÃO:</b>		
Evolução: _____		
Caso de DTA ( ) confirmado ( ) descartado Especificar outro diagnóstico: _____		
Se confirmado: ( ) laboratorial		
( ) clínico epidemiológico		
<b>11. ACOMPANHAMENTO DO CASO/OBSERVAÇÃO:</b> _____		
_____		
Investigador: _____ Unidade de saúde: _____ Fone: _____		
Município: _____ Regional: _____ Data da investigação: ____/____/____		

## INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO - FORMULÁRIO 3 FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO DE DTA

**Data da notificação:** informar a data da notificação

**SE:** informar a semana epidemiológica da notificação

### **Dados do caso:**

**Nome:** completo e legível do comensal envolvido no caso/surto de DTA;

**Data de nascimento, idade e sexo;** auto-explicativo;

**Endereço:** completo do paciente, ponto de referência e telefone;

**Refeição suspeita:** aquela indicada como responsável pelo caso/surto de DTA;

**Data e hora da ingestão:** de 0 a 24 horas;

**Local de ingestão:** domicílio, bar, escola, etc, endereço completo e ponto de referência;

**Alimentos consumidos:** listar todos os alimentos consumidos na refeição suspeita; nas misturas, listar os principais componentes. Ex: farofa de ovos, risoto de frango, maionese de camarão, etc;

**Condição clínica:** auto-explicativo;

**Início dos sintomas:** anotar data completa e hora (de 0h à 24h);

**Sinais e sintomas:** marcar x nas opções correspondentes;

**Atendimento médico:** informar se o paciente recebeu atendimento médico, e o local;

**Hospitalização:** informar se o paciente foi hospitalizado, e o local;

**Exames laboratoriais:** informar o tipo de material colhido para exame laboratorial; data da coleta; se houve ou não uso prévio de antibiótico; data do envio das amostras ao laboratório;

**Resultado:** informar o resultado e data dos exames laboratoriais;

**Conclusão:** Informar a conclusão do caso: evolução (se cura ou óbito); caso confirmado de DTA ou caso descartado; se descartado informar o outro diagnóstico; se confirmado, informar critério de confirmação do caso;

**Acompanhamento do caso/observação:** auto-explicativo.