FORMULÁRIO 01

# Registro de Surto de Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar - DTHA

***IMPORTANTE:* Todos os campos deste formulário devem ser preenchidos**

# Nº DA NOTIFICAÇÃO (SINAN NET):

**Data da Notificação**: / / **Hora:** :

**Local de ocorrência do surto**: **Município de ocorrência**: **Endereço**: **Ponto de referência: Telefone**: ( )

**Dados do Surto**

**Local da Ingestão:** ( ) Domicílio; ( ) Restaurante; ( ) Festa; ( ) Refeitório; ( ) Outros

**especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº de pessoas expostas**: **Nº de doentes**: **Houve atendimento médico**: ( ) Sim Local: ( ) Não **Internações**: Sim ( ) Nº: \_\_\_( ) Não **Óbitos**: Sim ( ) Nº:\_\_\_\_\_\_\_( ) Não

**Sinais e Sintomas:** ( ) Diarréia; ( ) Vômito; ( ) Náusea; ( ) Febre; ( ) Cólica; ( ) Dor abdominal; ( ) Mal estar;

( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data do Início dos Sintomas do Primeiro Caso:** / / Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Mediana do período de incubação: Alimento(s) Suspeito(s):**

# Dados da(s) amostra(s) biológica(s) coletada(s)

# Paciente 1:Início dos sintomas.../.../… Data da coleta:.../.../...Hora da coleta…Material coletado: ( )fezes ( )SWAB

# Paciente 2:Início dos sintomas.../.../… Data da coleta:.../.../...Hora da coleta… Material coletado: ( )fezes ( )SWAB

# Paciente 3:Início dos sintomas .../.../… Data da coleta:.../.../...Hora da coleta…Material coletado: ( )fezes ( )SWAB

# Paciente 4:Início dos sintomas .../.../… Data da coleta:.../.../...Hora da coleta… Material coletado: ( )fezes ( )SWAB

# Paciente 5:Início dos sintomas .../.../… Data da coleta:.../.../...Hora da coleta… Material coletado: ( )fezes ( )SWAB

# Obs: Caso haja mais coletas utilizar o verso da folha

# Dados da(s) amostra(s) de água e alimento(s) coletada(s)

**Data da coleta da amostra de água:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da coleta: *\_\_\_\_*:\_\_\_\_**

**Data da coleta das amostras de alimentos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da coleta:\_\_\_\_:\_\_\_\_**

# Descrever alimentos enviados:

# Responsável pela Notificação:

Nome: Função: Local de Trabalho: Fone: ( ) Município: U.F.:

# Observações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quais ações de saúde foram deflagradas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATENÇÃO:**

* Comunicar imediatamente a ocorrência do surto para a Regional de Saúde, que deve repassar a divisão de DTHA/DIVE;
* Em caso de dúvida recorrer à Nota Técnica Conjunta Nº 010/2024 LACEN/DIVS/DIVE/SUV;
* Todas as amostras (**clínica, de alimentos ou água**) encaminhadas ao LACEN/SC devem conter uma cópia desse formulário;
* Consultar os manuais técnicos para coleta e transporte das amostras do LACEN/SC;
* 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 caso haja agravamento dos sintomas.**