

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

Semana Epidemiológica de Atendimento

PLANILHA DE CASOS

Ano

Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Nº de ordem	Data do atendimento	Nome	FAIXA ETÁRIA *											PROCEDÊNCIA (RUA, BAIRRO, LOCALIDADE, SÍTIO, FAZENDA, ETC.)	ZONA **		Data dos 1º sintomas	Diarréia com sangue			Plano de tratamento ***																			
			< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +	IGN	Urbana		Rural	SIM		NÃO	IGN	A	B	C	IGN																	

* FAIXA ETÁRIA - Escrever a idade do usuário na faixa etária correspondente (em dia até 1 mês, em meses até 1 ano e depois em anos)
 ** ZONA - Assinalar com um (X) em Urbano ou Rural
 *** PLANO DE TRATAMENTO - Assinalar com (X) se o plano de tratamento for:
 "A" (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares),
 "B" (diarréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO)
 "C" (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa)

Responsável: _____ Assinatura: _____