MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

IMPRESSO II

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA

Semana Epidemiológica de Atendimento

Ano

Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Faixa Etária	Nº de Casos
< 1 a	
1 a 4	
5 a 9	
10 a 19	
20 a 29	
30 a 39	
40 a 49	
50 a 59	
60 +	
IGN	
TOTAL	

Diarréia com sangue	Nº de Casos
< 1 a	
1 a 4	
5 a 9	
10 a 19	
20 a 29	
30 a 39	
40 a 49	
50 a 59	
60 +	
IGN	
TOTAL	

Plano de tratamento	Nº de Casos
A	
B	
C	
IGN	
TOTAL	

Procedência	Nº de Casos
TOTAL	

OUTROS MUNICÍPIOS	
NOME DO MUNICÍPIO	**Nº de casos**

ANÁLISE

1) Houve aumento de casos? ☐ Sim ☐ Não

2) Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos?

3) Houve mudanças na faixa etária? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, para qual? _____

O que sugere esta mudança? _____

4) Os casos estão concentrados em alguma(s) localidade(s)? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, em qual(is) e qual a explicação? _____

5) Qual o plano de tratamento mais usado? _____

Se "C", por quê? _____

6) Houve mudança no comportamento usual das diarréias, quais as medidas tomadas? _____

7) Houve a ocorrência de surto(s)? ☐ Sim ☐ Não

Total de surtos _____ Nº de surtos investigados _____

8) Colheu material para exame? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

CONSOLIDADO PELA U.S. E ENCAMINHADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
CONSOLIDADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ENCAMINHADO A GRS.

Unidade de Saúde que atendem Diarréia: Nº _____

Unidades de Saúde que monitorizam Diarréia: Nº _____

U.S. que notificaram Diarréia positiva ou negativamente nesta semana: Nº _____

Data: ____/_____/_____ Nome: _____ Assinatura: _____

Visto da Chefia: _____