

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA – IMPRESSO I

Município: colocar o nome do município onde está sendo feito o atendimento do caso.

Unidade de Saúde: colocar o nome do serviço onde está sendo feito o atendimento. Por exemplo: Posto de Saúde Vila Branca; Unidade Sanitária Passo das Pedras; Emergência do Hospital Santa Maria; Clínica de Atendimento Geral; Distrito Sanitário (quando houver).

Semana Epidemiológica de Atendimento: colocar o número da semana epidemiológica de atendimentos dos casos.

Número de Ordem: colocar o número dos casos atendidos em ordem crescente de 1 a 25. Usar uma planilha para cada semana epidemiológica de atendimento. Caso uma semana ultrapasse 25 casos atendidos, dar seqüência em outra, seguindo a numeração crescente, ou seja, iniciando a segunda folha com o número de ordem 26 e seguintes.

Data de Atendimento: registrar o dia, mês e ano que está acontecendo o atendimento.

Nome: escrever o nome completo do paciente. Por exemplo, João Jorge da Silva Abreu.

Faixa Etária: escrever a idade da pessoa atendida da seguinte forma: na coluna <1 (menor de 1 ano), caso tenha menos de 1 mês, escrever a idade em dias, caso tenha menos de 1 ano, escrever a idade em meses; nas colunas 1 a 4, 5 a 9 e 10 anos e mais, escrever a idade em anos; na coluna IGN (idade ignorada), marcar com um “X”, caso se desconheça a idade da pessoa.

Procedência: registrar, detalhadamente, o local de residência para permitir a distribuição espacial. A rua, o número, o bairro, a localidade, a fazenda e outros elementos de uso no município e até o nome de outro município, caso a pessoa não resida no município que o está atendendo.

Zona: marcar com um “X” se a procedência da pessoa atendida é da zona urbana ou rural.

Data dos Primeiros Sintomas: registrar o dia, mês e ano em que iniciou a diarreia. Por exemplo: em 8 de julho, foi atendida uma pessoa que iniciou com diarreia há três dias; portanto, o início da doença foi no dia 5 de julho, sendo então esta a data a ser registrada nesta coluna. Quando não tiver a data dos primeiros sintomas, marcar ignorado.

Plano de Tratamento: registrar com um “X” na coluna do Plano de Tratamento qual foi utilizado – A, B, C ou IGN.

A= diarreia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares.

B= diarreia com desidratação, paciente em observação na unidade de saúde com TRO.

C= diarreia com desidratação grave, paciente com hidratação venosa.

IGN = sem registro do tratamento utilizado ou não utilização dos planos A, B ou C.

Assinatura/Responsável: registrar, de forma legível, o nome completo do profissional responsável pelo preenchimento e assinar. Caso mais de um profissional faça uso do impresso, sugere-se que o coordenador da equipe seja o responsável.