



DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 3 - SURTO		
	2 AGRAVO / DOENÇA		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7 DATA DOS 1º SINTOMAS DO 1º CASO SUSPEITO

NOTIFICAÇÃO DE SURTO	8 NÚMERO DE CASOS SUSPEITOS / EXPOSTOS ATÉ A DATA DA NOTIFICAÇÃO		
	9 LOCAL INICIAL DE OCORRÊNCIA DO SURTO		

1 – RESIDÊNCIA
 2 – HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE
 3 – CRECHE / ESCOLA
 4 – ASILO
 5 – OUTRAS INSTITUIÇÕES (ALOJAMENTO, TRABALHO)
 6 – RESTAURANTE / PADARIA (SIMILARES)
 7 – EVENTOS
 8 – CASOS DISPERSOS NO BAIRRO
 9 – CASOS DISPERSOS PELO MUNICÍPIO
 10 – CASOS DISPERSOS EM MAIS DE UM MUNICÍPIO
 11 – OUTROS (ESPECIFICAR): _____

DADOS DE OCORRÊNCIA	10 UF	11 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	12 DISTRITO
	13 BAIRRO		14 LOGRADOURO (RUA, AV., ETC.)	CÓDIGO
	15 NÚMERO	16 COMPLEMENTO (APTO, CASA...)		17 GEO CAMPO 1
	18 GEO CAMPO 2	19 PONTO DE REFERÊNCIA		20 CEP
	21 (DDD) TELEFONE		22 ZONA, 1 – URBANA 2 – RURAL 3 – PERIURBANA 9 – IGNORADO	23 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

SITUAÇÃO INICIAL	24 DATA DA INVESTIGAÇÃO	25 MODO PROVÁVEL DA TRANSMISSÃO		
	26 VEÍCULO DE TRANSMISSÃO			

1 – DIRETA (PESSOA A PESSOA) 2 – INDIRETA (VEÍCULO COMUM OU VETOR) 9 – IGNORADO
 1 – ALIMENTO / ÁGUA

DTHA – INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

27 Nº DE ENTREVISTADOS	28 Nº DE DOENTES ENTREVISTADOS	29 Nº TOTAL DE DOENTES	30 Nº TOTAL DE HOSPITALIZADOS	31 Nº DE ÓBITOS	
32 NÚMERO DE DOENTES POR FAIXA ETÁRIA E SEXO				33 SINAIS E SINTOMAS	
FAIXA ETÁRIA	SEXO			SINAIS E SINTOMAS	DOENTES NÚMERO
	MASCULINO	FEMININO	IGN		
	NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO	
< 1				NÁUSEAS	34 PERÍODO DE INCUBAÇÃO MÍNIMO (EM HORAS OU DIAS)
1 A 4				VÔMITOS	
5 A 9				DIARREIA	35 PERÍODO DE INCUBAÇÃO MÁXIMO (EM HORAS OU DIAS)
10 A 19				CEFALEIA	
20 A 49				DOR ABDOMINAL	36 MEDIANA DO PERÍODO DE INCUBAÇÃO (EM HORAS OU DIAS)
50 E +				NEUROLÓGICOS	
IGNORADA				OUTROS	
TOTAL				FEBRE	

37 LOCAL DE PRODUÇÃO / PREPARAÇÃO		
01 – AMBULANTES	05 – INDÚSTRIA	09 – RESIDÊNCIA
02 – COMEMORAÇÕES	06 – LANCHONETE / CONFEITARIA / PADARIA	10 – RESTAURANTE
03 – CRECHE / ESCOLA	07 – PRODUÇÃO AGROPECUÁRIA	11 – OUTROS. ESPECIFICAR: _____
04 – HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE	08 – REFEITÓRIO	99 – IGNORADO

38 LOCAL DE INGESTÃO		
01 – AMBULANTES	05 – INDÚSTRIA	09 – RESIDÊNCIA
02 – COMEMORAÇÕES	06 – LANCHONETE / CONFEITARIA / PADARIA	10 – RESTAURANTE
03 – CRECHE / ESCOLA	07 – PRODUÇÃO AGROPECUÁRIA	11 – OUTROS. ESPECIFICAR: _____
04 – HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE	08 – REFEITÓRIO	99 – IGNORADO

39 FATORES CAUSAIS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

MATÉRIA-PRIMA IMPRÓPRIA

MANIPULAÇÃO / PREPARAÇÃO INADEQUADA

CONSERVAÇÃO INADEQUADA

OUTROS. ESPECIFICAR: _____

AMOSTRAS CLÍNICAS

AMOSTRAS BROMATOLÓGICAS

40 COLETADAS AMOSTRAS CLÍNICAS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO	41 SE SIM, Nº DE AMOSTRAS	48 COLETADAS AMOSTRAS DE ALIMENTOS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO	49 SE SIM, Nº DE AMOSTRAS
42 RESULTADO 1 (PRINCIPAL ACHADO)	43 Nº DE POSITIVAS	50 RESULTADO 1 (PRINCIPAL ACHADO)	51 Nº DE POSITIVAS
44 RESULTADO 2 (OUTRO ACHADO)	45 Nº DE POSITIVAS	52 RESULTADO 2 (PRINCIPAL ACHADO)	53 Nº DE POSITIVAS
46 RESULTADO 3 (OUTRO ACHADO)	47 Nº DE POSITIVAS	54 RESULTADO 3 (PRINCIPAL ACHADO)	55 Nº DE POSITIVAS

56 AGENTE ETIOLÓGICO DO SURTO (SE POSSÍVEL ESPECIFICAR GÊNERO E ESPÉCIE) 57 ALIMENTO CAUSADO DO SURTO

58 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO ((REFERENTE AO AGENTE ETIOLÓGICO)

1 – CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO 2 – LABORATORIAL CLÍNICO 3 – LABORATORIAL BROMATOLÓGICO 4 – LABORATORIAL CLÍNICO BROMATOLÓGICO
5 - INCONCLUSIVO

59 DATA DE ENCERRAMENTO

60 MEDIDAS ADOTADAS RECOMENTADAS

OBSERVAÇÕES: DESCREVER INGREDIENTES, MODO DE PREPARO E CONSERVAÇÃO DO ALIMENTO SUSPEITO. INFORMAR A ORIGEM DE CADA INGREDIENTE (CASEIRO / INDUSTRIALIZADO)

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE	
	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA