ENCAMINHAR PARA SMS TODA SEGUNDA-FEIRA,
NÃO ARQUIVAR NA UNIDADE BÁSICA E OU ESF
ENCAMINHAR ESTA SEMPRE COM IMPRESSO II

I DA SAÚDE
IA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
IENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
ÇÃO GERAL DO PROGRAMANA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

IMPRESSO I

Semana Epidemiológica de Atendimento

Ano

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

PLANILHA DE CASOS

Unidade de Saúde: _____

Data do atendimento	NOME	FAIXA ETÁRIA *										PROCEDÊNCIA	ZONA**		Data dos primeiros 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 +	IGN	(RUA, BAIRRO,LOCALIDADE,SÍTIO,FAZENDA,ETC.)	Urbano	Rural		SIM	NÃO	IGN	A	B	C	IGN

- Escrever a idade do paciente na faixa etária correspondente (em dias até 1 mês, em meses até 1 ano e depois em anos)
ter com um (X) (Urbano ou Rural)
RATAMENTO - Assinar com um (X) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares),
reidratação, paciente em observação na sala de TRO) ou C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa)

A ser preenchido pela Unidade de Saúde

Assinatura: _____

DVEH 001

M.G., Janeiro / 2006