Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

INSTRUMENTO AUXILIAR DE INVESTIGAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA CASOS ATÍPICOS (SUSPEITA OU CONFIRMADA)

NOME:_____ **SINAN nº** _____

INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE

1. O caso foi notificado pelo serviço de saúde de atendimento do paciente?
( ) SIM ( ) NÃO

2. A notificação foi digitada no Sinan net pelo serviço de atendimento do paciente?
( ) SIM ( ) NÃO

3. Informe a origem deflagradora da investigação?
( ) Notificação do Serviço de Saúde ( ) Análise do banco de dados pela UVIS de atendimento ( ) Encaminhamento da UVIS de Atendimento
( ) PMPCI ( ) OUTRA: _____

4. Foi realizado contato telefônico com o Centro de Controle de Intoxicações (CCI) para apoio na condução do caso?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, INFORME A DATA: _____/_____/_____

BUSCAR AS INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO MÉDICO DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Como o paciente chegou ao serviço de saúde?
( ) SAMU ( ) POLÍCIA ( ) FAMILIARES ( ) MEIOS PRÓPRIOS
( ) OUTROS: _____

2. Há relato de exposição às Substâncias Químicas?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

3. Relacione: Agente(s) Tóxico(s), Via(s), Quantidade e Tempo de exposição às substâncias das quais o paciente se expôs.

Substância		Dados da exposição			
		Via[A]	Quantidade	Tempo[B] Número	Unidade
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Legenda: A - Via de exposição (DIGESTIVA, RESPIRATÓRIA, CUTÂNEA, OCULAR, PARENTERAL TRANSPLACENTÁRIA, VAGINAL, OUTRAS); B – Tempo entre a exposição e o atendimento. Assinalar o tempo em números inteiros e indicar a unidade (H – horas; D – dia; M – mês).

5. O paciente possui história regressa de doença psiquiátrica?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, QUAL(IS)? _____

6. O paciente possui história anterior de tentativa(s) de suicídio?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, QUANTAS VEZES? _____

7. O paciente é etilista crônico?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

8. O paciente faz uso de drogas de abuso?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, RELACIONE ABAIXO:

	Substância	Tempo de uso[A]	Frequência do uso[B]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Legenda: A – Tempo de uso: é a contagem do tempo em que o paciente faz uso da droga de abuso mencionada, contado do primeiro dia de uso até o último dia de uso; B – Frequência do uso: é a contagem de número de vezes/dia que o paciente faz uso da droga de abuso.

9. Data/Hora da exposição: _____/_____/_____ _____:_____

10. Data/Hora do início dos sintomas: _____/_____/_____ _____:_____

11. Tempo decorrido entre a exposição e o atendimento: _____ ( ) HORAS ( ) DIAS

12. Anotações gerais do exame físico inicial:
_____
_____
_____
_____
TAX.: _____ FR: _____ FC: _____ PA: _____Escala de Glasgow:_____

13. O paciente utiliza medicamentos de uso contínuo?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, RELACIONE ABAIXO:

	Medicamento	Tempo de uso[A]	Dosagem[B]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Legenda: A – Tempo de uso: é a contagem do tempo em que o paciente fazia uso do medicamento; B – Dosagem: é a concentração do princípio ativo administrado por unidade posológica.

14. Manifestações clínicas observadas no atendimento:

( ) NÁUSEAS	( ) VÔMITOS	( ) DIARREIA	( ) SIALORREIA
( ) SUDORESE	( ) SECREÇÃO BRÔNQUICA	( ) INCONTINÊNCIA DE ESFÍNCTERES	( ) REDUÇÃO DA SAT. DE O_2.
( ) MIOSE	( ) BRADICARDIA	( ) TAQUICARDIA	( ) HIPERTENSÃO
( ) HIPOTENSÃO	( ) CONFUSÃO MENTAL	( ) SONOLÊNCIA	( ) TORPOR
( ) FASCICULAÇÕES	( ) TREMORES	( ) HIPERTONIA	( ) HIPOTONIA
( ) HIPERGLICEMIA	( ) HIPOGLICEMIA	( ) MIDRÍASE	( ) COMA

( ) OUTRAS (QUAIS) _____

15. Anotar síntese da evolução durante o atendimento/internação:

_____
_____
_____
_____
_____

DIAGNÓSTICO LABORATÓRIAL

1. Exames gerais realizados/resultados:

( ) GLICEMIA: _____		( ) CPK: _____	
( ) URÉIA: _____		( ) GASOMETRIA (pH): _____	
( ) CREATININA: _____		( ) TGO: _____	
( ) SÓDIO: _____		( ) TGP: _____	
( ) POTÁSSIO: _____		( ) RX. TÓRAX: _____	
( ) ECG: _____		( ) HEMOGRAMA: _____	

( ) OUTROS: _____

2. Exames toxicológicos realizados na permanência do paciente no serviço de saúde:
Especificar resultado e data da realização dos exames:

EXAME TOXICOLÓGICO		DATA/RESULTADO	DATA/RESULTADO	DATA/RESULTADO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

3. Outros exames (especificar resultado e data do exame):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

TRATAMENTO

1. Foi realizada descontaminação?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, QUAL(IS)? ( ) Gástrica ( ) Cutâneo-mucosa ( ) Ocular ( ) Outra _____

2. Foi administrado carvão ativado?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, ASSINALE A PRESCRIÇÃO: ( ) Dose única ( ) Múltiplas doses, Nº de doses _____

3. Foi administrado antídoto?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO
SE SIM, QUAL(IS):

	Antídoto	Dosagem
1.		
2.		
3.		

4. Foi realizada Intubação Orotraqueal (IOT)?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

5. Foi realizada Ventilação Mecânica?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

6. Demais medicamentos prescritos durante o atendimento:

	Medicamento	Dosagem
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

EVOLUÇÃO CLÍNICA

1. Evolução do caso:

( ) CURA SEM SEQUELA ( ) CURA COM SEQUELA
( ) PERDA DE SEGUIMENTO ( ) NÃO INFORMADO

DADOS COMPLEMENTARES

1. Foi realizada a visita domiciliar?
( ) SIM ( ) NÃO

2. Selecione as Instituições dos profissionais que participaram da visita domiciliar:
( ) UVIS ( ) UBS
( ) OUTROS, DESCREVER: _____

3. Observações complementares:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data: _____

_____
Identificação do responsável pela investigação (nome, RF, UVIS)