



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

**INSTRUMENTO AUXILIAR DE INVESTIGAÇÃO DE
INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR “CHUMBINHO”
(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
() OUTRO: _____
2. Há relato de exposição ao “CHUMBINHO”?
() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO
3. Via de exposição ao “CHUMBINHO”:
() DIGESTIVA () CUTÂNEA () RESPIRATÓRIA
() OCULAR () PARENTERAL () TRANSPLACENTÁRIA
() VAGINAL () OUTRAS _____
4. Descreva a quantidade de “CHUMBINHO” à qual o paciente se expôs:

5. A embalagem ou o produto foi levado ao serviço de saúde?
() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO



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

6. Houve saída de material granulado cinza escuro no lavado gástrico ou vômito, que pudesse sugerir ser “CHUMBINHO”?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

7. Houve exposição associada de outra(s) substância(s)?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)?

Substância	Via ^A	Dados da exposição	
		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).

8. O paciente possui história pregressa de doença psiquiátrica?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)? _____

9. O paciente possui história anterior de tentativa(s) de suicídio?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUANTAS VEZES? _____

10. O paciente é etilista crônico?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

11. O paciente faz uso de drogas de abuso?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS):

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.

12. Data/Hora da exposição ao “CHUMBINHO”: ____/____/____ : ____

13. Data/Hora do início dos sintomas da exposição “CHUMBINHO”: ____/____/____ : ____

14. Tempo decorrido entre a exposição e o atendimento: ____ () HORAS () DIAS



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

15. Anotações gerais do exame físico inicial:

TAX.: _____ FR: _____ FC: _____ PA: _____ Escala de Glasgow: _____

16. O paciente utiliza medicamentos de uso contínuo?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS):

	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 faz uso do medicamento; B – Dosagem: é a concentração do princípio ativo administrado por unidade posológica.

17. Manifestações clínicas observadas durante o atendimento:

() NÁUSEAS () VÔMITOS () DIARRÉIA () SIALORRÉIA
() SUDORESE () SECREÇÃO () INCONTINÊNCIA DE () MIOSE
BRÔNQUICA ESFÍNCTERES
() MIDRÍASE () BRADICARDIA () TAQUICARDIA () HIPERTENSÃO
() HIPOTENSÃO () CONFUSÃO MENTAL () SONOLÊNCIA () TORPOR
() FASCICULAÇÕES () TREMORES () HIPERTONIA () HIPOTONIA
() HIPERGLICEMIA () HIPOGLICEMIA () REDUÇÃO DA SAT. DE O₂. () COMA
() OUTRAS (QUAIS) _____

18. 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: _____



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

2. Exames específicos (Determinação da Atividade das Colinesterases):

Especificar valor e data da realização dos exames:

COLINESTERASE	DIA ____/____/____	DIA ____/____/____	DIA ____/____/____
PLASMÁTICA			
ERITROCITÁRIA			
SANGUE TOTAL			

3. Outros exames toxicológicos:

Especificar resultado e data da realização dos exames:

TRATAMENTO

1. Foi administrada Atropina?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, INFORME:

QUANTIDADE **CONCENTRAÇÃO** **FORMA DE ADMINISTRAÇÃO**
[] AMPOLAS [] Mg/ml () *In bolus* () Infusão IV contínua

2. Foi realizada a descontaminação?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)? () Gástrica () Cutâneo-mucosa () Ocular () Outra _____

3. Foi administrado carvão ativado?

() SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

SE SIM, ASSINALE A PRESCRIÇÃO: () Dose única () Múltiplas doses, Nº de doses _____

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.		



1. Evolução do caso:

- 1. Foi realizada a visita domiciliar?**

- 2. Selecione as Instituições dos profissionais que participaram da visita domiciliar:**

- () OUTROS, DESCREVER:

- ### 3. Observações complementares:

[illegible]

Data:

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