



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

**INSTRUMENTO AUXILIAR DE INVESTIGAÇÃO DE  
ÓBITO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA (SUSPEITA OU  
CONFIRMADA)**

NOME: \_\_\_\_\_ SINAN nº \_\_\_\_\_

**INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE**

BUSCAR AS INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO MÉDICO

1. Quais motivos levaram o paciente ao Serviço de Saúde (queixa e duração dos sintomas)?

	QUEIXA	DURAÇÃO DOS SINTOMAS <sup>A</sup>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**Legenda:** A - Duração dos sintomas (tempo em que o paciente referiu sentir os efeitos clínicos relacionados às queixas).

2. Como o paciente chegou ao serviço de saúde?

- ( ) SAMU      ( ) POLÍCIA      ( ) FAMILIARES      ( ) MEIOS PRÓPRIOS  
( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

3. 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Há relato de exposição ou de ter sido encontrado próximo ao paciente substâncias químicas/Medicamentos/Praguicidas/etc. que facilitem a intoxicação?

- ( ) SIM      ( ) NÃO      ( ) NÃO INFORMADO  
SE SIM, DESCREVA:

	Substância/Produto	Quantidade	Via de exposição <sup>A</sup>	Duração da exposição <sup>B</sup>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

**Legenda:** A - Vias de exposição: digestiva, cutânea, respiratória, ocular, parenteral, vaginal, transplacentária, outras;  
B - Duração da exposição: tempo entre o contato com o agente tóxico e o atendimento.



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

5. O paciente utilizava algum medicamento de uso contínuo?  
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, DESCREVA:

	Medicamento	Tempo de uso <sup>A</sup>	Dosagem <sup>B</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**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.

6. Data/Hora da exposição aos agentes tóxicos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

7. Data/Hora do início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

8. Tempo decorrido entre a exposição e o atendimento: \_\_\_\_ ( ) HORAS ( ) DIAS

9. O paciente possuía história pregressa de doença psiquiátrica ou outra(s) patologia(s)?  
( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

10. O paciente possuía história(s) anterior(es) de tentativa(s) de suicídio?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_ EM QUAL(IS) DATA(S)? \_\_\_\_\_

11. O paciente era etilista crônico?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

12. O paciente era usuário de drogas de abuso?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)? \_\_\_\_\_

13. Tem história de doença psiquiátrica entre os familiares do paciente?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)? \_\_\_\_\_

14. A paciente estava grávida?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUANTAS SEMANAS? \_\_\_\_\_

15. A paciente estava no puerpério?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO INFORMADO

SE SIM, QUANTOS DIAS? \_\_\_\_\_



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

**EXAME FÍSICO**

**1. Anotações gerais do exame físico inicial:**

---

---

---

---

TAX.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ Escala de Glasgow: \_\_\_\_\_

**2. Manifestações clínicas observadas no atendimento:**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS         | <input type="checkbox"/> VÔMITOS                | <input type="checkbox"/> DIARRÉIA                     | <input type="checkbox"/> SIALORRÉIA        |
| <input type="checkbox"/> COMA            | <input type="checkbox"/> SECREÇÃO BRÔNQUICA     | <input type="checkbox"/> MIOSE                        | <input type="checkbox"/> MIDRÍASE          |
| <input type="checkbox"/> BRADICARDIA     | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA            | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO                  | <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO        |
| <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA      | <input type="checkbox"/> TORPOR                 | <input type="checkbox"/> HIPERGLICEMIA                | <input type="checkbox"/> HIPOGLICEMIA      |
| <input type="checkbox"/> FASCICULAÇÕES   | <input type="checkbox"/> TREMORES               | <input type="checkbox"/> HIPERTONIA                   | <input type="checkbox"/> HIPOTONIA         |
| <input type="checkbox"/> LESÕES CUTÂNEAS | <input type="checkbox"/> LESÕES DE MUCOSAS      | <input type="checkbox"/> LESÕES OCULARES              | <input type="checkbox"/> SUDORESE          |
| <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL | <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DA SAT. DE O2. | <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA DE ESFÍNCTERES | <input type="checkbox"/> OUTRAS (DESCREVA) |
- SE OUTRAS, QUAL(IS): \_\_\_\_\_

**3. Anotar síntese da evolução durante o atendimento/internação:**

---

---

---

---

---

**4. Em caso de lesões, descrever:**

---

---

---

---

---

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

**1. Exames gerais realizados/resultados:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA: _____   | <input type="checkbox"/> CPK: _____             |
| <input type="checkbox"/> URÉIA: _____      | <input type="checkbox"/> GASOMETRIA (pH): _____ |
| <input type="checkbox"/> CREATININA: _____ | <input type="checkbox"/> TGO: _____             |
| <input type="checkbox"/> SÓDIO: _____      | <input type="checkbox"/> TGP: _____             |
| <input type="checkbox"/> POTÁSSIO: _____   | <input type="checkbox"/> RX. TÓRAX: _____       |
| <input type="checkbox"/> ECG: _____        | <input type="checkbox"/> Hemograma: _____       |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: _____     |   |



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

**2. Diagnóstico laboratorial toxicológico (nível sérico de medicamentos):**  
Especificar valor e data da realização dos exames:

---

---

---

**3. Outros exames:**

---

---

**TRATAMENTO**

**1. Foi administrado antídoto(s)?**

SIM                       NÃO                       NÃO INFORMADO

SE SIM, QUAL(IS)? \_\_\_\_\_

**2. Foi realizada 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.

**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:**

	<b>Medicamento</b>	<b>Dosagem</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

