



Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 3 - Surto

2 Agravado/doença: Código (CID10) 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação: Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código 7 Data dos 1^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito

Notificação de Surto

8 Nº 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, avenida,...): 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
 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado

26 Veículo de Transmissão
 1- Alimento/Água

DTA - Investigação Epidemiológica

27 Número de Entrevistados 28 Número de Doentes Entrevistados 29 Número Total de Doentes 30 Número Total de Hospitalizados 31 Número de Óbitos

32 Número de Doentes por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Sexo			Total Número
	Masculino Número	Feminino Número	Ign Número	
< 1				
1 a 4				
5 a 9				
10 a 19				
20 a 49				
50 e +				
Ignorada				
Total				

33 Sinais e Sintomas

Sinais e Sintomas	Doentes	
	Número	Número
Náuseas		
Vômitos		
Diarréia		
Cefaléia		
Dor Abdominal		
Neurológicos		
Outros		
Febre		

34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias)
 1 - Horas
 2 - Dias

35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias)
 1 - Horas
 2 - Dias

36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias)
 1 - Horas
 2 - Dias

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

42 Resultado 1 (Principal Achado) _____

43 Nº de Positivas

44 Resultado 2 (Outro Achado) _____

45 Nº de Positivas

46 Resultado 3 (Outro Achado) _____

47 Nº de Positivas

48 Coletadas Amostras de Alimentos

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

49 Se SIM, nº de Amostras

50 Resultado 1 (Principal Achado) _____

51 Nº de Positivas

52 Resultado 2 (Outro Achado) _____

53 Nº de Positivas

54 Resultado 3 (Outro Achado) _____

55 Nº de Positivas

56 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie)

57 Alimento causador 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 do Encerramento

60 Medidas Adotadas / Recomendadas

Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Investigador Nome

Função

Assinatura