Unidade de Vigilância Epidemiológica e Controle de Agravos
Coordenação Nacional de Doenças Entéricas

PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA:_____

MUNICÍPIO:_____ DS:_____ UNIDADE DE SAÚDE:_____

Nº de Ordem	Data do Atendimento	Nome Completo	Faixa Etária					Procedência (Rua, Bairro, Localidade, Sitio, Fazenda, Etc)	Telefone	Data dos Primeiros Sintomas	Plano de Tratamento***				Há outros casos no domicílio?
			< 1	1 a 4	5 a 9	10	IGN				A	B	C	IGN	

FAIXA ETÁRIA - ESCREVER A IDADE DO PACIENTE NA FAIXA ETÁRIA CORRESPONDENTE
EM DIAS 3 E 1 MÊS EM MÊS AIÉ 1 ANO E DEPOIS EM ANOS 1
ASSINALAR EM (X)
PLANO DE TRATAMENTO: ASSINAR COM UM (X) SE O PLANO DE TRATAMENTO T.C.A.
DIARRÉIA SEM DESIDRATAÇÃO PACIENTE ATENDIDO COM CUIDADOS DOMICILIAR.
B. (DIARRÉIA COM PACIENTE COM TRATAMENTO NA SALA DO T.R.O.)
C. (DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO, PACIENTE COM REIDRATAÇÃO NERVOSA)

Responsável_____ Assinatura_____