

ENCAMINHAMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE ARBOVIROSES

Ano 2023

Estabelece o protocolo de atendimento e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de dengue, chikungunya, zika e febre amarela em Sorocaba

1. Definição de caso suspeito:

- **Dengue:** Febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e que apresente dois ou mais dos seguintes sintomas: náusea, vômito, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 dias, e sem foco de infecção aparente;
- **Chikungunya:** Febre de início súbito maior que 38,5 °C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicada por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado;
- **Zika:** Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartalgia ou edema periarticular.
- **Febre amarela:** Indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente em (ou procedente de) área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

2. Notificação:

Notificações de Dengue, Chikungunya, Zika ou Febre Amarela devem ocorrer no momento da suspeita através das fichas de Investigação:

- Arbovirose (ficha unificada para notificação de dengue, Zika e Chikungunya) - anexo 1.
- Febre amarela deverá ser realizada em ficha de notificação específica.

Para cada doença suspeitada, utilizar um número de SINAN.

O preenchimento deve ser com letra legível. Fichas ilegíveis serão devolvidas para revisão.

Toda notificação deverá ser preenchida adequadamente, com data de início dos sintomas, data da notificação, dados clínicos, comorbidades, local de trabalho, estudo e viagem (informações sobre deslocamento fora do município nos 15 dias anteriores ao início de sintomas). Nos casos suspeitos não moradores dos municípios, apontar no campo de observação o endereço no qual o paciente permaneceu no município de Sorocaba.

A informação oportuna e correta dos dados, impactará diretamente nas ações de bloqueio por parte da equipe de controle de vetores (zoonoses), as quais são fundamentais para controle das arboviroses em nosso meio.

3. Solicitação de exame

O pedido de exame é feito através do preenchimento adequado da parte inferior do SINAN numerado (anexo 2). Para cada doença suspeitada, utilizar um número de SINAN.

Após o preenchimento, a Ficha de Investigação de Arboviroses e o pedido de exame, deverão acompanhar a amostra de sangue (sorologia) para Laboratório Municipal (LABMUN).

Em caso de suspeita de Chikungunya, Zika ou Febre Amarela, sempre notificar também dengue e colher um tubo gel de sorologia para cada doença.

4. Padronização da coleta de exame específico para diagnóstico de dengue

A coleta de exame deverá ocorrer no momento da notificação. O correto apontamento da data de primeiros sintomas será primordial para a definição da técnica laboratorial a ser utilizada.

Para fins de coleta de sorologia para dengue considera-se o 1º dia de sintomas (febre) como o “Dia zero” (D0): D0, D1, D2, D3, D4, D5 e D6.

O caso será encerrado pela Vigilância a partir do resultado deste primeiro exame E da evolução clínica do paciente.

Casos com evolução típica de dengue e exame inicial negativo, devem ser encaminhados para coleta de segunda amostra após o D6 da evolução clínica. A solicitação da segunda amostra poderá partir da Vigilância Epidemiológica ou da equipe assistencial.

5. Cadastramento (UBSs) Coleta, Transporte e Emissão de Resultados

5.1 Cadastramento – somente para Unidades Básicas de Saúde (UBSs)

- Solicitar o exame no SIS de acordo com o dia de sintomas como segue abaixo:

D0 até D4 – solicitar sorologia para dengue NS1 (código 739)

a partir de D5 – solicitar sorologia para dengue **IgM** (código 2764)

- Recepcionar o exame solicitado
- Anotar data de coleta nas observações na Ficha de Arboviroses
- Anotar data e horário de coleta na identificação do frasco

5.2 Coleta

- A amostra deve ser coletada com sistema a vácuo **em tubo seco com gel** por venopunção (evitar o uso de seringas para coleta, pois a transposição do sangue para o tubo seco com gel pode causar hemólise)
- A amostra deve ficar em temperatura ambiente por 30 a 60 minutos para a separação do soro. Após esse período, conservar em ambiente gelado entre 2°C e 8°C (geladeira ou caixa térmica) até o transporte para o Laboratório Municipal via motofrete, que deverá ocorrer o mais rápido possível.

5.3 Transporte

Das UBSs:

Todos os exames solicitados nas UBSs deverão ser transportados através de motofrete. Diariamente o motoboy passará para retirada do material coletado na rotina. Após esta passagem, havendo novas coletas, deve-se telefonar para Vigilância Epidemiológica nos telefones 32297308, 32297313 ou 32297314, solicitando o transporte **até às 16 horas**.

Das Unidades de Urgência e Emergência:

- **Hospitais, UPA Leste, UPA Éden, UPA Oeste, UPA Norte:** Todos os exames coletados deverão seguir fluxo de envio para o laboratório de apoio para centrifugação (dentro da própria unidade ou não) e o soro será retirado do laboratório por equipe da Vigilância Epidemiológica ou motofrete.
- **PA Laranjeiras (fins de semana, feriados e das 16 às 07h), PA São Guilherme, PA Brigadeiro Tobias, PA Carandá, PA São Bento, PA Sorocaba 1, PA Habiteto, PA Aparecidinha:** os exames coletados deverão seguir fluxo de envio para o laboratório contratado (AFIP) para posterior encaminhamento ao LABMUN.

5.4 Emissão de resultados

Os resultados de sorologia de dengue poderão ser emitidos aos pacientes após acesso ao sistema SIS em todos os postos de atendimento à saúde, que acessem o referido sistema. Diariamente, a Vigilância Epidemiológica enviará planilha às unidades básicas, com os casos suspeitos e confirmados daquela unidade.

Para as unidades que não possuem sistema SIS (hospitais e UPAs), será encaminhado diariamente arquivo com disponibilização dos resultados.

6. Classificação de Risco e Fluxo (anexo 7)

Realizar classificação ou reclassificação de risco conforme protocolo de diagnóstico e Manejo Clínico: adulto e criança do Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

A classificação do grupo de risco ocorrerá após exame físico detalhado e aferição de sinais vitais. De acordo com a classificação ocorrerá seguimento do paciente em UBS ou Unidade de Urgência e Emergência, especialmente durante toda a fase crítica da dengue, que tem início com a defervescência da febre, em geral entre o terceiro e quinto dia após início da febre, fase na qual podem surgir os sinais de alarme.

Em todos os atendimentos, a primeira unidade irá:

- Preencher a ficha de investigação “Arboviroses” e Febre Amarela e ficha numerada de SINAN;
- Colher a sorologia imediatamente, nas UBSs até as 16:00. Após as 16:00, se grupo A colher na Unidade Básica no próximo dia útil; se grupo B, colher na Unidade de Urgência/ Emergência.

- Entregar o cartão de acompanhamento (anexo 3) de suspeito de dengue;
- Garantir a hidratação do paciente durante todo o período de atendimento na unidade.

Grupo A – Sem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidade.

- Agendar monitoramento clínico diário (anexo 4) em unidade ambulatorial, até 48 horas após a queda da febre ou durante todo período crítico, com orientação de retorno imediato se sinais de alarme.
- Receita de hidratação e demais orientações (uso de repelente, não se automedicar, repouso na residência, entre outros) - anexo 5.
- Atestado pelo período de viremia (6 primeiros dias após início da febre), sendo descontado os dias já decorridos desde o início dos sintomas.

Grupo B – Com sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço +), ou condições clínicas especiais, ou risco social, ou comorbidade e sem sinal de alarme.

Se em UBS, encaminhar o paciente para uma unidade de urgência/ emergência com guia de referência devidamente preenchida, informando o número do SINAN. Quando não for possível colher a sorologia, justificar na guia de referência e enviar para a unidade de referência a ficha de notificação preenchida (Ficha de notificação e sorologia devem ir juntos para o LABMUN).

A Unidade de Referência solicitará o 1º hemograma e avaliará o resultado com tomada de decisão a partir da evolução do caso de acordo com Fluxograma de Manejo Clínico do Ministério da Saúde - 2016.

NA ALTA Grupo B

Orientar retorno para monitoramento clínico e laboratorial diário na unidade de urgência/emergência. Após dois hemogramas normais, dentro do período crítico (do D3 ao D5), encaminhar para seguimento clínico em UBS de origem até 48 horas após cessar a febre, com orientação de retorno imediato se **sinais de alarme** (dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistente, hepatomegalia, hipotermia, manifestações hemorrágicas importantes, sonolência ou irritabilidade, diminuição da diurese, desconforto respiratório, lipotimia ou hipotensão postural).

- Receita de hidratação e demais orientações (uso de repelente, não se automedicar, repouso na residência, entre outros).
- Atestado pelo período de viremia (6 primeiros dias após início da febre), sendo descontado os dias já decorridos desde o início dos sintomas.

Grupo C – Presença de algum sinal de alarme. Manifestação hemorrágica presente ou ausente e Grupo D – Com sinais de choque, desconforto respiratório, hemorragia grave, disfunção grave de órgãos, manifestação hemorrágica presente ou ausente.

Iniciar a hidratação intravenosa imediatamente, ligar para SAMU para transporte do paciente – encaminhar com guia de referência devidamente preenchida, informando se foi realizada a coleta de sorologia para dengue e o número do SINAN. Quando não for possível colher a sorologia, justificar na guia de referência e enviar para a unidade de referência a ficha de investigação preenchida (Ficha de notificação e sorologia devem ir juntos para o LABMUN).

NA ALTA grupos C e D, proceder às mesmas orientações do Grupo B.

6. Impressos em anexo

As unidades devem se organizar e providenciar em tempo hábil:

- Impressão da Ficha de Investigação “Arboviroses”- última versão de outubro de 2017 (anexa).
- Solicitação de ficha SINAN numerada à Vigilância Epidemiológica;
- Solicitação de cartão de “Acompanhamento Ambulatorial – Dengue” para a Vigilância Epidemiológica;
- Impressão da Ficha de monitoramento;
- Receituário de hidratação e orientações para prescrição de hidratação oral

Área de Vigilância em Saúde

Divisão de Vigilância Epidemiológica e Zoonoses

Prefeitura Municipal de Sorocaba

Atualizado em Março de 2023



Anexo 1

**Ficha de Investigação Arboviroses 2017
Frente**

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	Definição de Caso Suspeito de Dengue: Febre, usualmente de 2 a 7 dias, mais 2 (dois) sintomas: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova de laço positiva e leucopenia.	Nº	
<input type="checkbox"/>	Definição de Caso Suspeito de Zika: Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de 2 (dois) ou mais sintomas: febre OU hiperemia conjuntival sem secreção e prurido OU poliartralgia OU edema periaricular.	Nº	
<input type="checkbox"/>	Definição de Caso Suspeito de Chikungunya: Febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.	Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/enferma ARBOVIROSES	3 Data da Notificação	
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Menor 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado 12 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	13 Raça/Cor 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	Código (IBGE) 19 Distrito	
	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone 29 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
Dados Clínicos	33 SINAIS E SINTOMAS <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE <input type="checkbox"/> ARTRALGIA INTENSA <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA <input type="checkbox"/> PRURIDO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EXANTEMA - Data de início ____/____/____ <input type="checkbox"/> PETEQUIAS <input type="checkbox"/> DOR RETROORBITAL <input type="checkbox"/> BOLHAS / VESÍCULAS <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA <input type="checkbox"/> PROSTÂÇÃO		
	Sinais de Alarme <input type="checkbox"/> Hipotensão Postural e/ou Lipotímia <input type="checkbox"/> Queda Abrupta de Plaquetas <input type="checkbox"/> Vômitos Persistentes <input type="checkbox"/> Dor Abdominal Intensa e Contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou Irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de Mucosa / outras Hemorragias	<input type="checkbox"/> Aumento Progressivo do Hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2 cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de Líquidos	Data do Início dos Sinais de Alarme
	34 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTO-IMUNES <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR GRAVE <input type="checkbox"/> DOENÇAS HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		
VIAGEM	VIAGEM OU CONTATO COM VIAJANTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PERÍODO: DE ____/____/____ A ____/____/____	
	LOCAL (MUNICÍPIO / PAÍS):	O PACIENTE NÃO SENDO MORADOR DE SOROCABA, QUAL O LOCAL DE MAIOR PERMANÊNCIA NA CIDADE? (ENDEREÇO E TELEFONE):	
Trabalho / Estudo do Paciente	NOME DA INSTITUIÇÃO / ENDEREÇO	TURNO: <input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE	
	BAIRRO	TELEFONE	
		TRABALHO / ESTUDO COM FEBRE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		QUAIS DIAS?	
Investigador			
Nome:		Função:	
Assinatura / Carimbo:			



Verso

Dados Laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya 35 Data 1ª Coleta (S1) 36 Data 2ª Coleta (S2) 37 Data da Coleta 38 Resultado 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Inconclusivo 4-Não Realizado		Exame PRINT 39 Resultado 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Inconclusivo 4-Não Realizado	
	Classificação 5- Descartado 13- Chikungunya		Critério de Confirmação / Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação	
	Classificação 1- Aguda 2- Crônica		Apresentação Clínica	
	Evolução do Caso 1- Cura 2- Óbito por Chikungunya 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado		Data do Óbito	
	Data do Encerramento		Data do Encerramento	
	Sorologia (IgM) Dengue 39 Data da Coleta 40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		Exame NS1 41 Data da Coleta 42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	Isolamento 43 Data da Coleta 44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		RT-PCR 45 Data da Coleta 46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarma 12- Dengue Grave	
	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação		1- Cura 2- Óbito por Dengue 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado	
Dados Laboratoriais	Sorologia (IgM) Zika Virus Data da Coleta Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		Exame IgG Data da Coleta Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	Isolamento Data da Coleta Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		RT-PCR Data da Coleta Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	Classificação 5- Descartado 14- Zika Virus		Classificação 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação	
	1- Cura 2- Óbito por Zika Virus 3- Óbito por outras causa 4- Óbito em investigação 9- Ignorado		Evolução do Caso	
	Data do Óbito		Data do Encerramento	
	50 Ocorreu Hospitalização? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		51 Data da Internação	
	52 UF 53 Município do Hospital Código (IBGE)		54 Nome do Hospital Data da Alta: 55 (DDD) Telefone	
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias) 56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		57 UF 58 País	
	59 Município Código (IBGE) 60 Distrito 61 Bairro			
	Obs. Adicionais	Marcar as articulações afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte - D: dor; E: edema; A: derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra)		





Anexo 2

Ficha SINAN numerada
Deve ser solicitada à Vigilância Epidemiológica

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº **2005914**
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 Agravado/doença

3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

Notificação Individual

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado

13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Notificação de Surto

17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito

18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos

19 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 Especificar 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros

Dados de Residência

20 UF 21 Município de Residência

22 Distrito

23 Bairro

24 Logradouro (rua, avenida,...) Código

25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...)

27 Geo campo 1

28 Geo campo 2

29 Ponto de Referência

30 CEP

31 (DDD) Telefone

32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

33 País (se residente fora do Brasil)

Notificante

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº **2005914**
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Requisitante

1 Laboratório Código

2 Data de Entrada

3 Município de Notificação Código IBGE

4 Unidade de Saúde Código (SIA/SUS)

5 Endereço

6 (DDD) Telefone

Paciente/Exames

7 Nome do Paciente

8 Número do Cartão SUS

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Suspeita Clínica

13 Caso 1 - Suspeito 2 - Comunicante 9 - Ignorado

14 Data dos Primeiros Sintomas

15 Exame

16 Material Enviado

17 Data da Coleta

18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

19 Gestante Sim Não Ignorado

20 Paciente tomou vacina? Sim Não se sim, especificar: Data

21 Requisitante


22 Data

Anexo 3
Frente

Tive Dengue


Sorologia positiva em ____/____/____

Carimbo do serviço ou profissional de saúde



DENGUE NÃO É BRINCADEIRA:
É UMA DOENÇA GRAVE E PODE MATAR


Secretaria da Saúde




Prefeitura de
SOROCABA



CVE
Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac"



Coordenadoria de
Controle de Doenças



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DENGUE

Nome do paciente _____ Idade: _____

Endereço _____

Nome da Unidade de Atendimento _____

Atenção para os Sinais de Alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Queda abrupta na temperatura do corpo
- Sangramentos
- Agitação ou sonolência
- Tontura ou desmaio
- Pele fria e pálida
- Diminuição da quantidade de urina
- Dificuldade de respirar
- Choro persistente em crianças

Esses sintomas podem aparecer a partir do 3º dia da doença e indicar **Dengue Grave**. Se você apresentar um deles, procure o serviço de saúde **imediatamente!**

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.

ESSA DOENÇA MERECE SUA ATENÇÃO!

Verso

Em casa, lembre-se que:

- Repouso é importante para a sua recuperação: evite qualquer esforço físico.
- Os líquidos são fundamentais para evitar o agravamento da doença. Beba em grande quantidade ao longo do dia, água, chá, sucos, água de coco, soro caseiro ou soro de reidratação oral (S.R.O).
- Nunca tome medicamentos sem prescrição médica.
- Os medicamentos à base de *salicilatos* (AAS) não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos.
- A dengue pode tirar a fome, mas é importante não parar de comer. Prefira alimentos frescos e evite gordurosos.
- Se surgir algum sinal de alarme, procure o serviço de saúde **IMEDIATAMENTE**.

Preparo do Soro caseiro:
2 colheres de sopa de açúcar;
1 colher de café de sal;
Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida.

Preparo do S.R.O.:
1 envelope;
Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida.

Data de início dos sintomas: _____

Data	PA (mmHg)		Temperatura (°C)		Sinais de Alarme		Sinais de Alerta		Exames laboratoriais	Especialidade de risco
	emp	dia	dia	noite	HR (%)	Plaquetas (x1000/mm ³)	Craxia A, B, C, D			

Notificação: () Sim () Não

Observação:

Anexo 5
Receituário de hidratação



Secretaria da Saúde

Nome: _____

Uso interno:

Sais para reidratação oral ----- envelopes

Diluir um envelope em 1 litro de água fervida ou filtrada.

Ingerir diariamente:

_____ ml de soro para reidratação oral. (..... copos).

_____ ml de líquidos em geral (água, sucos, etc.) (.....copos).

Usar repelente diariamente.

Permanecer em casa e repouso.

nome e carimbo

---/---/---



Secretaria da Saúde

Nome: _____

Uso interno:

Sais para reidratação oral ----- envelopes

Diluir um envelope em 1 litro de água fervida ou filtrada.

Ingerir diariamente:

_____ ml de soro para reidratação oral. (..... copos).

_____ ml de líquidos em geral (água, sucos, etc.)(... copos).

Usar repelente diariamente.

Permanecer em casa e repouso

nome e carimbo

---/---/---

Anexo 6- Orientações sobre Hidratação Oral

Orientações para prescrição de Hidratação Oral

Crianças (< de 13 anos): orientar paciente e o cuidador para hidratação por via oral. Oferecer 1/3 na forma de Soro de Reidratação (SRO) e o restante através da oferta de água, sucos, e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday Segar acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):

- Crianças até 10 Kg: 130 ml/Kg/dia
- Crianças de 10 a 20 Kg: 100ml/Kg/dia
- Crianças > de 20 Kg: 80 ml/Kg/dia

CRIANÇAS			
Kg	VOLUME / ml	SORO ORAL 1/3	LÍQUIDO 2/3
05	650	200	450
10	1000	300	700
15	1500	500	1000
20	1600	600	1000
25	2000	650	1350
30	2400	800	1600
35	2800	1000	1800
40	3200	1000	2200

Adultos: 60 ml/Kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc), utilizando-se dos meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.

ADULTO			
Kg	VOLUME / ml	DORO ORAL 1/3	LÍQUIDO 2/3
50	3000	1000	2000
55	3300	1100	2200
60	3600	1200	2400
65	3900	1300	2600
70	4200	1400	2800
75	4500	1500	3000
80	4800	1600	3200
85	5100	1700	3400
90	5400	1800	3600
95	5700	1900	3800
100	6000	2000	4000

Especificar em receita médica o volume a ser ingerido:

- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre;
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente;
- O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.

Fonte: Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico: adulto e criança - 5ª edição.-Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Anexo 7 – Fluxo de encaminhamento de casos suspeitos de Arboviroses

