

IMPRESSO 1 - MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

PLANILHA DE CASOS

Semana Epidemiológica de Atendimento

ANO:

MUNICÍPIO: .....

UNIDADE DE SAÚDE: .....

Nº.	Data de atendimento	NOME	FAIXA ETÁRIA *					PROCEDENCIA (Rua, Bairro, Localidade, Sítio, Fazenda, Etc.)	ZONA		Data dos primeiros sintomas	PLANO DE TRATAMENTO**						
			< 1 a	1 a 4	5 a 9	10+	Ign		Urbana	Rural		A	B	C	Outras Conduas	IGN		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		

\* FAIXA ETÁRIA: anotar a idade do paciente na faixa etária correspondente (em dias até 01 mês, em meses até 01 ano e depois em anos)

\*\* PLANO DE TRATAMENTO: marcar com um (X) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares);

B (diarréia com desidratação, paciente em TRO na US por até 04 horas), C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa) ou Outras Conduas.

Nome do Responsável: .....

Assinatura: .....