



Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância Sanitária
Laboratório Central de Saúde Pública

FORMULÁRIO 01

Registro de Surto de Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar - DTHA

IMPORTANTE: Todos os campos deste formulário devem ser preenchidos

Nº DA NOTIFICAÇÃO (SINAN NET): _____

Data da Notificação: ____ / ____ / ____ **Hora:** ____ : ____

Local de ocorrência do surto: _____

Município de ocorrência: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Telefone: () _____

Dados do Surto

Local da Ingestão: () Domicílio; () Restaurante; () Festa; () Refeitório; () Outros

especificar: _____

Nº de pessoas expostas: _____ **Nº de doentes:** _____

Houve atendimento médico: () Sim Local: _____ () Não

Internações: Sim () Nº: ____ () Não **Óbitos:** Sim () Nº: ____ () Não

Sinais e Sintomas: () Diarréia; () Vômito; () Náusea; () Febre; () Cólica; () Dor abdominal; () Mal estar;
() outros: _____

Data do Início dos Sintomas do Primeiro Caso: ____ / ____ / ____ **Hora:** ____ : ____

Mediana do período de incubação: _____

Alimento(s) Suspeito(s): _____

Dados da(s) amostra(s) biológica(s) coletada(s)

Paciente 1: Início dos sintomas.../.../... Data da coleta:.../.../... Hora da coleta... Material coletado: () fezes () SWAB
Paciente 2: Início dos sintomas.../.../... Data da coleta:.../.../... Hora da coleta... Material coletado: () fezes () SWAB
Paciente 3: Início dos sintomas .../.../... Data da coleta:.../.../... Hora da coleta... Material coletado: () fezes () SWAB
Paciente 4: Início dos sintomas .../.../... Data da coleta:.../.../... Hora da coleta... Material coletado: () fezes () SWAB
Paciente 5: Início dos sintomas .../.../... Data da coleta:.../.../... Hora da coleta... Material coletado: () fezes () SWAB
Obs: Caso haja mais coletas utilizar o verso da folha

Dados da(s) amostra(s) de água e alimento(s) coletada(s)

Data da coleta da amostra de água: ____ / ____ / ____ **Hora da coleta:** ____ : ____

Data da coleta das amostras de alimentos: ____ / ____ / ____ **Hora da coleta:** ____ : ____

Descrever alimentos enviados: _____

Responsável pela Notificação:

Nome: _____ Função: _____

Local de Trabalho: _____ Fone: () _____

Município: _____ U.F.: _____

Observações: _____

Quais ações de saúde foram deflagradas: _____



**Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância Sanitária
Laboratório Central de Saúde Pública**

ATENÇÃO:

- Comunicar imediatamente a ocorrência do surto para a Regional de Saúde, que deve repassar a divisão de DTHA/DIVE;
- Em caso de dúvida recorrer à Nota Técnica Conjunta Nº 010/2024 LACEN/DIVS/DIVE/SUV;
- Todas as amostras (**clínica, de alimentos ou água**) encaminhadas ao LACEN/SC devem conter uma cópia desse formulário;
- Consultar os manuais técnicos para coleta e transporte das amostras do LACEN/SC;
- Evitar que os alimentos suspeitos continuem a ser consumidos ou vendidos;
- Guardar, sob-refrigeração, todas as sobras de alimentos, na forma em que se encontram acondicionados, até a chegada do grupo encarregado pela investigação;
- Quando se tratar de produtos industrializados suspeitos é necessário preservar as embalagens e respectivos acondicionamentos;
- Não fazer automedicação;
- **Orientar os doentes a procurar o serviço de saúde caso haja agravamento dos sintomas.**