República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO - DTA

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 3 - Surto

2 Agravo/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 1os 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: Masculino	Sexo: Feminino	Sexo: Ign	Total
	Número	Número	Número	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
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
02 - Comemorações
03 - Creche / Escola
04 - Hospital / Unidade de Saúde
05 - Indústria
06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria
07 - Produção Agropecuária
08 - Refeitório
09 - Residência
10 - Restaurante
11 - Outros Especificar _____
99 - Ignorado

38 Local de Ingestão

01 - Ambulantes
02 - Comemorações
03 - Creche / Escola
04 - Hospital / Unidade de Saúde
05 - Indústria
06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria
07 - Produção Agropecuária
08 - Refeitório
09 - Residência
10 - Restaurante
11 - Outros Especificar _____
99 - Ignorado

39 Fatores Causais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- [ ] Matéria-prima Imprópria
- [ ] Manipulação/Preparação Inadequada
- [ ] Conservação Inadequada
- [ ] Outros Especificar _____

Amostras Clínicas

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

Amostras Bromatológicas

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)

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura