

Para: Todas as Unidades de Saúde do SRS e Autoridades de Saúde Concelhias/Ilha

Assunto: Novo Modelo de Inquérito Epidemiológico para o Sarampo

Fonte: Direcção Regional da Saúde

Contacto na DRS: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde e Divisão de Planeamento, Estudos e Documentação

Class.:C/D.2008; C/D.2008/18.

Considerando que a Circular Normativa nº16/DSCS/DPCD, de 04/08/2008, da Direcção-Geral da Saúde, veio divulgar as orientações técnico-normativas sobre o *Reforço da Vigilância Epidemiológica e Controlo do Sarampo*;

Considerando que em anexo à Circular supra elencada se apresenta o novo modelo de Inquérito Epidemiológico para a patologia em questão;

Considerando que a Circular Normativa nº33, de 03/10/2006, da Direcção Regional da Saúde aprovou, para a Região Autónoma dos Açores (RAA), o modelo de Inquérito Epidemiológico relativo ao Sarampo;

Considerando por fim que importa adequar, na Região, o Inquérito em apreço em conformidade com as normas da Direcção-Geral da Saúde.

Assim, determina-se o seguinte:

1. É aprovado para a RAA o modelo de Inquérito Epidemiológico - Sarampo constante em anexo;
2. A presente Circular produz efeito à data da sua assinatura.
3. É revogada a Circular Normativa nº33, de 03/10/2006, da Direcção Regional da Saúde

A Directora Regional


Maria Teresa Reis Brito

Anexo: O modelo indicado



INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO - SARAMPO

DDO

Nº de caso Notificado em / / Centro de Saúde _____
dia mês ano

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome

Morada _____

Código postal Freguesia _____

Concelho _____ Ilha _____ Telefone

Sexo M F Data de nascimento / / Naturalidade _____
dia mês ano

Nacionalidade _____ Profissão/ocupação _____

Frequenta: Ama Creche Infantilário Escola do ensino básico/secundário
 Outra instituição Qual? _____

Morada do trabalho/instituição que frequenta: _____

Código postal Freguesia _____

Concelho _____ Ilha _____ Telefone

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Data do diagnóstico clínico: / / Médico que diagnosticou: _____
dia mês ano

Contactos do médico: Telefone _____ Fax _____ Outro _____

Hospital/Serviço: _____ Centro de Saúde/Outro: _____

Internamento

Sim Não Data de internamento / / Data de alta / /
dia mês ano dia mês ano

Sintomas

Data de início dos sintomas: / /
dia mês ano

Exantema/rash Febre (≥ 38°C) Conjuntivite Coriza Tosse Manchas de Koplik	<table border="0"> <tr> <td>Sim</td><td>Não</td><td>Não sabe</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Sim	Não	Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Início em: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Duração: _____ (dias) <small style="margin-left: 20px;">dia mês ano</small>
Sim	Não	Não sabe																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

Exames laboratoriais

Colheita de produtos biológicos:	Sim	Não	Data colheita
Sangue / soro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Exsudado da orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			<small>dia mês ano</small>

Resultados laboratoriais: _____

Complicações

Respiratórias Convulsões Encefalite Otite	<table border="0"> <tr> <td>Sim</td><td>Não</td><td>Não sabe</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Sim	Não	Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras complicações: _____ _____
Sim	Não	Não sabe															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

DRS-DSCS-2008

região autónoma dos açores
secretaria regional dos assuntos sociais

solar dos remédios
9701-866 angra do heroísmo

telef. | 295 204 200
fax | 295 204 252

sra-s-drs@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt

Evolução

Curado sem sequelas
 Curado com sequelas
 Falecimento
 Desconhecida

Quais: _____
 Data: / / Causa: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças subjacentes

	Sim	Não	Não sabe	Observações
Imunodeficiência congénita ou adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tratamento imunossupressor recente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outras:	_____			

Estado vacinal

Registo de vacinação: Sim Não

1ª Dose: VAS VASPR Data / /
dia mês ano
 Lote: _____ Fabricante/nome comercial: _____ Centro de Saúde: _____

2ª Dose: VAS VASPR Data / /
dia mês ano
 Lote: _____ Fabricante/nome comercial: _____ Centro de Saúde: _____

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Origem provável da infecção (nos 7 a 18 dias antes do início dos sintomas)

Contacto com um caso: confirmado provável possível
 História de viagens _____
 Descrição sumária _____

Casos relacionados

Sim Não
 Número de casos relacionados: Familiares _____ Na escola _____ No trabalho _____ Outros _____

Tipo de caso

Índice Importado
 Secundário Autóctone

Classificação do caso

Possível Provável Confirmado Excluído

Contactos do doente (utilizar a tabela – "Identificação de contactos de um caso de sarampo")

(No período de: 4 dias antes a 4 dias depois do início do exantema)

MEDIDAS DE CONTROLO

(Vigilância clínica, vacinação, imunoprofilaxia, etc.)

PROFISSIONAL QUE APLICOU O INQUÉRITO

Nome
 Categoria profissional _____ Data de realização do inquérito / /
dia mês ano

Centro de Saúde _____

A Autoridade de Saúde (nome)

Enviar para:

Direcção Regional da Saúde
(ver endereço do rodapé)

/ Impresso adaptado da DGS



Identificação de contactos* de um caso de sarampo
(excluindo os caso relacionados já identificados)

Nome do caso: _____

Nome	Idade / data nascimento	Nº doses (VAS/VASPR)	Data última dose (vacina)	Observações**

*Contactos dentro do período de transmissibilidade: 4 dias antes a 4 dias depois do início do exantema.

** Recolha de informação complementar (p. ex. Centro de Saúde onde consta a ficha de vacinação).