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

PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

1 Nº da notificação	2 Data da notificação	3 Agravo/ Doença	Código (CID10)

4 UF	5 Município	6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)

Nº do caso	Iniciais do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zon a	Sexo	Idade	Data do início dos 1º sintomas	Ocorreu Hospitalização ?	Ocorreu óbito?	Classificação Final	Critério de Confirmação	Diagnóstico final - CID10

7 Delimitação Espacial 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 _____

Data do Encerramento do Surto:

LEGENDA:

Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado **Sexo:** M-masculino F-feminino 9-ignorado **Idade:** 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano **Ocorreu hospitalização:** 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado **Classificação Final:** 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo **Critério de Confirmação:** 1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico 3- Clínico