	PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAÍ **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** **SETOR DE EPIDEMIOLOGIA** **MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS (PLANILHA DE CASOS)**	Semana Epidemiológica de Atendimento: Ano:

Unidade de saúde: _____

Nº de ordem	**Data de atendimento**	**NOME**	**FAIXA ETÁRIA***					**PROCEDÊNCIA** (Rua, bairro, localidade, sítio, fazenda e etc.)	**Primeiros sintomas**	**PLANO DE TRATAMENTO****				
			< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN			A	B	C	Outras condutas	IGN

FAIXA ETÁRIA* Escrever a idade do paciente na faixa etária correspondente;

PLANO DE TRATAMENTO** Assinalar com um (X) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares). B (diarréia com desidratação, paciente em observação); C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa) ou outras condutas.

Responsável: _____ Assinatura e carimbo: _____