

ANEXO 7: MANUAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA CLÍNICA:
“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – BAIRRO
MANSÕES SANTO ANTONIO”

1 - Nome do Profissional Responsável pelo Preenchimento:

Nome completo e sobrenome.

Anotar o número do registro no conselho regional de classe (enfermagem ou medicina).

2 - Data de preenchimento:

Dia/Mês/Ano (dd/mm/aaaa).

3 - Local de preenchimento/atendimento:

Anotar a Unidade de Saúde responsável pelo preenchimento/atendimento do caso.

Dados do Caso/Paciente

4 - Nome e sobrenome completo do paciente.

5 - Data de nascimento: dia/mês/ano – dd/mm/aaaa.

6 - Idade: em meses ou quantos anos completos.

7 - Sexo: {assinalar feminino F() ou masculino M()}.

8 - Raça/Cor: Anotar a cor do paciente, relatada por ele.

9 - Escolaridade: Relatado pelo paciente em anos de estudo concluídos.

10 - Naturalidade/UF: Cidade e estado de nascimento.

11 - Prontuário na Unidade Básica de Saúde (UBS): Anotar o número individual ou familiar da época do preenchimento desta ficha.

12 - Nome da UBS: Nome da Unidade de Saúde em que foi preenchida esta ficha.

13 - Código da UBS: Número da Unidade de Saúde em que foi preenchida esta ficha.

14 - Cartão SUS: Número do cartão e se o paciente não possuir, fornecer e anotar.

15 - Nome da mãe: Escrever o nome e sobrenome completo por extenso.

16 - Plano de saúde: Anotar se sim ou não e, se possuir, relatar qual.

Dados da Residência Atual

17 - Logradouro: Anotar o nome da rua, avenida, alameda ou outros; o número e o complemento (fundos, apartamento, outros).

18 - Bairro: Anotar o nome do bairro em que reside.

19 - Município: Anotar o município de residência e o estado.

20 - CEP: Anotar o código de endereçamento postal de seu local de moradia.

21 - Zona: Anotar se reside em zona rural ou urbana.

22 - Ponto de referência

23 - Telefone: Anotar o telefone fixo (DDD+ número).

24 - Celular: Anotar o telefone celular (DDD+ número).

Histórico da Exposição Ambiental na Área Contaminada Período 1973 a 2002

Informações Sobre a Moradia na Área

25 - Reside na área: Informar sim ou não e, se possível, o **Período (26)** de que ano a que ano.

27 - Residiu na área: Informar sim ou não e, se possível, o **Período (28)** de que ano a que ano.

A área de interesse se encontra definida no protocolo.

29 - Logradouro: Anotar o nome da rua, avenida, alameda ou outros; o número e o complemento (fundos, apartamento ou outros) do(s) endereço(s) de quando residiu na área.

Dados de Contato/Uso do Solo (1973 a 2002)

30 - Teve contato direto com o solo: Se a resposta é positiva assinalar sim, se negativa assinalar não ou assinalar ignorado.

Caso a resposta seja “não” ou “ignorado” passar para a questão 33.

31 - Qual tipo de contato teve com o solo: Assinalar as respostas positivas e em outros considerar atividades que coloquem o indivíduo em contato com grande quantidade de solo por período prolongado e descrever qual.

32 - Durante quanto tempo manipulou o solo: Relatar em quantidade de anos ou meses o tempo que apresentou contato direto com o solo.

Dados de Contato/Uso da Água

33 - Qual a procedência da água utilizada para o consumo humano até 2002:

Assinalar as respostas positivas, se era água de poço, Sanasa ou nascente e em outros descrever outras possíveis fontes.

34 - Especifique o uso da água na sua moradia até 2002: Assinalar as respostas positivas quanto a forma de utilização: beber, banho, cozinhar, limpeza, criação de peixes, piscina, irrigação de hortas ou jardins.

35 - Utiliza -se atualmente de água de poço ou nascente:

Assinalar se a resposta for sim, não ou ignorado, mas, referente a poços e nascentes da área de interesse. definida no protocolo.

36 - Se sim, especifique: Assinalar as respostas positivas quanto a forma de utilização: beber, banho, cozinhar, limpeza, criação de peixes, piscina, irrigação de hortas ou jardins.

Dados Sobre Exposições a Materiais ou Resíduos da PROQUIMA

37 - Teve acesso a algum material / resíduo oriundo da PROQUIMA (tambores, resíduos industriais, solventes recuperados ou não, outros produtos produzidos pela empresa)? Caso a resposta seja positiva, assinalar sim e responder às questões 38 e 39 e caso a resposta seja negativa, assinalar não ou assinalar ignorado e passar para a questão 40.

Se sim, responder para fazer o que **(38)** e por quanto tempo utilizou? **(39)**.

Dados Sobre Exposições Domésticas Outras

40 - Faz uso de produtos químicos/contaminantes de uso domiciliar?

Assinalar se a resposta for sim ou não.

Se sim responder à questão **41** assinalando sim se positiva, não se negativa ou ignorado.

Se sim em domissanitários, especificar quais.

No caso de outros, relatar qual ou quais.

Se não ou ignorado, passar para a questão 42.

42 a 47 - Anamnese Ocupacional Básica (inclusive na infância e adolescência)

Relatar o nome da empresa ou do local de trabalho, em que houve ou há possível exposição a contaminantes.

No item atividade econômica da empresa anotar pelos grandes grupos.

Relatar o cargo e a função em cada empresa.

Anotar o período em que trabalhou (início e término) ou trabalha no cargo e função que possivelmente gerou ou gera exposição a contaminantes.

No item exposição a contaminantes, listar os contaminantes a que foi ou está exposto conforme orientado abaixo da tabela.

Investigação Clínica

Interrogatório Complementar/Sinais e Sintomas Gerais e Específicos

Anotar número 1 se a resposta for sim, número 2 se a resposta for não e número 9 se a resposta for ignorado.

48 - Sinais e sintomas gerais

Questionar se há queixa de emagrecimento indesejado **(49)**, mal estar geral **(50)**, irritação ocular **(51)**, inapetência **(52)**, fadiga em que não exista, ou existiu, agente causal **(53)**, adinamia **(54)**.

Questionar se há outros **(55)** sinais e sintomas gerais e relatar qual(is).

56 - Neurológicos

Questionar se há queixa de tremores **(57)**, perda de habilidade motora **(58)**, paralisia de MMII **(59)**, perda de sensibilidade em extremidades **(60)**, irritabilidade **(61)**, agressividade **(62)**, cefaléia **(63)**, depressão **(64)**, insônia **(65)**, problemas auditivos **(66)**, demência **(67)**, diminuição do campo visual **(68)**, dificuldade de concentração **(69)**, convulsões **(70)** perda de força muscular **(71)**, paralisia de MMSS **(72)**, parestesia **(73)**, tontura e/ou vertigens **(74)**, dormência **(75)**, delírio **(76)**, zumbidos **(77)**, ansiedade **(78)**, problemas olfativos **(79)**, déficit cognitivo **(80)**, perda de consciência **(81)**, diminuição da memória, **(82)** persistentes e sem causa aparente.

Questionar se há outros **(83)** sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

84 - Digestivos

Questionar se há queixa de náuseas (85), diarreia (86), vômitos (87), epigastralgia (88), persistentes.

Questionar se há outros (89) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

90 - Hepáticos

Questionar se há queixa de icterícia (91), dor em hipocôndrio direito (92), aumento de volume abdominal (93), intolerância a gorduras (94).

Questionar se há outros (95) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

96 - Renais

Questionar se há queixa de edema (97), urina espumosa (98), hematúria (99), polaciúria (100), disúria (101) persistentes.

Questionar se há outros (102) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

103 - Cardiovasculares

Questionar se há queixa de taquicardia (104), dispnéia de esforço (105), bradicardia (106), arritmia (107), hipertensão arterial (108), síncope, (109) persistentes.

Questionar se há outros (110) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

111 - Hematológicos

Questionar se há queixa de infecção de repetição (112), hematomas (113) sem causa aparente e em que localização, hemorragias (114) sem causa aparente e em que localização.

Questionar se há outros (115) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

116 - Endócrinos

Questionar se em algum momento apresentou aumento de tireóide (117), ginecomastia (118), sinais de virilização (119), fácies Cushingóide (120), exoftalmia (121), galactorréia (122), hirsutismo (123).

Questionar se há outros (124) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

125 - Respiratórios

Questionar se em algum momento apresentou tosse persistente (126), dor torácica (127), sibilância (128), dispnéia sem causa aparente (129), broncorréia (130).

Questionar se há outros (131) sinais e sintomas específicos a este sistema e relatar.

Vida Reprodutiva Feminina

132 - Menarca: Anotar a idade em anos que ocorreu.

133 - Data da última menstruação: Anotar dia/mês/ano (dd/mm/aaaa).

134 - Ciclo regular: Assinalar se a resposta for positiva e anotar a cada quantos dias (135). Se a resposta for negativa passar para a questão 136.

136 - Fluxo: Anotar a duração do fluxo em dias.

Gestações (137), partos (138), abortamentos (139), cesáreas (140), filhos vivos (141) e filhos mortos (142): Anotar a quantidade.

143 - Filho com mal formação congênita: Assinalar se a resposta for positiva e anotar qual (144) o tipo de mal formação.

145 - Filho com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor: Assinalar se a resposta for positiva.

146 - Menopausa: Anotar a idade em anos que ocorreu.

147 - Método anticoncepcional: Assinalar se a resposta for positiva e anotar qual (148) o método utilizado.

149 - Alteração da libido: Assinalar se a resposta for positiva.

150 - Diminuição da fertilidade: Assinalar se a resposta for positiva.

151 - Disfunção sexual: Assinalar se a resposta for positiva.

152 – Outros: Assinalar se a resposta for positiva e especificar qual (153).

Vida Reprodutiva Masculina

154 - Abortamentos: Assinalar se a resposta for positiva.

155 - Filho com mal formação congênita: Assinalar se a resposta for positiva e anotar qual (156) o tipo de mal formação.

157 - Filho com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor: Assinalar se a resposta for positiva.

158 - Alteração da libido: Assinalar se a resposta for positiva.

159 - Diminuição da fertilidade: Assinalar se a resposta for positiva.

160 - Disfunção sexual: Assinalar se a resposta for positiva.

161 – Outros: Assinalar se a resposta for positiva e especificar qual (162).

Hábitos de vida

163 - Tabagismo: Assinalar caso sim e relatar quantos cigarros ao dia fuma ou fumou (164) e a duração do hábito (165).

166 - Etilismo: Assinalar caso sim e relatar qual tipo de bebida faz ou fazia uso (167) e a duração do hábito (168).

169 - Drogadição: Assinalar caso sim e relatar qual droga faz ou fazia uso (170) e a duração do hábito (171).

172 - Outros: Assinalar se apresenta ou apresentou outro hábito de vida relevante e especificar qual (173).

Antecedentes Pessoais

174 - Diabetes Melitus: Assinalar caso sim.

175 - Hipertensão arterial sistêmica: Assinalar caso sim.

176 - Doença hepáticas: Assinalar caso sim e especificar qual (177).

178 - Disfunção tireoidiana: Assinalar caso sim.

179 - Ginecomastia: Assinalar caso sim.

180 - Internação/cirurgia anterior: Assinalar caso sim e especificar qual (181).

182 - Câncer: Assinalar caso sim e especificar qual (183).

184 - Nefropatia: Assinalar caso sim.

185 - Mioma/fibroma: Assinalar caso sim.

186 - Cardiopatias: Assinalar caso sim.

187 - Discrasias sanguíneas: Assinalar caso sim.

188 - Convulsões: Assinalar caso sim.

189 - Alterações de comportamento: Assinalar caso sim e especificar qual (190).

191 - Doenças pulmonares: Assinalar caso sim e especificar qual (192).

193 - Alergias: Assinalar caso sim e especificar qual (194).

195 - Doenças osteomusculares: Assinalar caso sim e especificar qual (196).

197 - Alterações s. imunológico: Assinalar caso sim e especificar qual (198).

199 - Outro: Assinalar caso sim e especificar qual (200).

Antecedentes familiares

Assinalar sim caso positivo e não caso negativo Especificar o grau de parentesco com o portador: mãe, pai, irmão ou outro - assinalar caso sim. Especificar qual tipo de câncer caso sim.

201 - *Diabetes Melitus.*

202 - Câncer.

203 - Doença da Tireóide.

204 - Demência.

205 - Faz uso contínuo de medicamento (uso continuado):

Assinalar sim caso positivo e não caso negativo. Em caso positivo, relatar qual(is).

206 - Já fez uso contínuo de medicamento (uso continuado):

Assinalar sim caso positivo e não caso negativo. Em caso positivo, relatar qual(is).

207 - Descrição Atual da Saúde

Descrever detalhadamente a situação atual da saúde do caso/paciente.

208 - Exame físico

Descrever detalhadamente o exame físico do caso/paciente.

209 a 213 - Exames complementares

Registrar exames laboratoriais e de imagem, atuais e anteriores.

214 a 218 - Hipóteses diagnósticas

Registrar as hipóteses diagnosticas formuladas.

219 - Condutas

Registrar as condutas tomadas/propostas.

**ANEXO 8: FICHA DE INVESTIGAÇÃO
EPIDEMIOLÓGICA DE
INTOXICAÇÃO EXÓGENA
SINAN**