República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Protocolo de Investigação Animal Vertebrados - Completo

FOLHA: 1 / 2

IDT

1 Nº do Protocolo de Campo:

2 Nº do Processo

3 Objetivo da Coleta: *
1 - Coleção
2 - Contra Prova
3 - Criação em Laboratório
4 - Demanda Espontânea
5 - Epizootia
6 - Inquérito
7 - Investigação
8 - Levantamento
9 - Monitoramento
10 - Particular
11 - Projeto Pesquisa
12 - Surto

4 Descritivo do Objetivo

5 Categoria: *
1 - Ensino/Pesquisa 2 - Privada 3 - Pública/Mista
4 - SES 5 - SMS 6 - Usuário SUS

SOLICITANTE

6 Unidade do Solicitante: *

7 Código do CNES: *

8 Município do Solicitante:

9 Código IBGE: *

10 UF:

11 Natureza do Solicitante: *
1 - Jurídica 2 - Particular
3 - Projeto 4 - Pública

12 Nome do Solicitante: *

13 Endereço: *

14 DDD /Telefone:

15 E-Mail:

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 490
Rubrica

COLETA (Localização)

16 País de Coleta*

17 Município de Coleta:

18 Código IBGE: *

19 UF:

20 Zona:
1 - Urbana 2 - Periurbana
3 - Rural 4 - Silvestre

21 Localidade :

22 Código Localidade:

23 Categoria da Localidade :

24 Endereço da Localidade: *

25 Referência da Localidade:

26 DTAUM:
1 - SAD69
2 - wgs84

27 Unidade:
1 - Grau Decimal 2 - UTM
3 - GRAU 4 - Minuto 5 - Segundo

28 Área:

29 Latitude:

30 Área:

31 Longitude:

32 Altitude (m):

33 Precisão (m):

ÁREA

34 Área: *
1 - Mastozoologia (Mamíferos)
2 - Ornitologia (Aves)
3 - Herpetologia (Répteis/Anfíbios)

35 Grupo Animal:

36 Nome Popular: *

37 Natureza: *
1 - Doméstico
2 - Silvestre

38 Domiciliado: *
1 - Sim
2 - Não

Identificação Classificação

39 Ordem:

40 Família:

41 Gênero:

42 Espécie:

43 Nome do Animal: *

44 Número de Campo:

45 Registro de Campo:

46 Proprietário*:

47 Endereço*

CARACTERIZAÇÃO

48 Sexo: *
1 - Macho 2 - Fêmea
9 - Ignorado

49 Classificação Etária:
1 - Filhote 2 - Jovem
3 - Adulto

50 Idade:
Quantidade
1 - Hora(s) 2 - Dia(s)
3 - Mês(s) 4 - Ano(s)

51 Peso:
Quantidade
1 - Quilo(s)
2 - Grama(s)

52 Tamanho:
Quantidade
1 - Milímetro(s)
2 - Centímetro(s)
3 - Metro(s)

53 Informações Biométricas:

54 Pelagem:

55 Coloração:

56 Raça:

57 Estado Reprodutivo:
1 - Imaturo 2 - Maduro
3 - Castrado 9 - Ignorado

58 Deslocamento:
1 - Residente 2 - Migratório 3 - Nômade 4 - Transitório
9 - Ignorado

59 Dentição:
1 - Saudável 2 - Quebrada

60 Complemento Dentição:
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorada

61 Status Clínico:

62 Local da Lesão:

63 Complemento Status Clínico:

64 Houve Contato com Humanos?*
1 - Sim 2 - Não
9 - Ignorado

65 Nível de Contato: *
1 - Ditreta 2 - Indireta

66 Agrediu a Humano? *
1 - Sim 2 - Não
9 - Ignorado

67 Data Próxima do Óbito:

68 Houve Teste Rápido?
1 - Sim 2 - Não

69 Resultado do Teste Rápido:
1 - Positivo 2 - Negativo

70 Descrição da Paisagem (Ex. Mata, Cerrado, etc.):

71 Tipo de Abrigo:
1 - Intradomicílio 2 - Peridomicílio
3 - Extradomicílio

72 Regime de Manejo:
1 - Intensivo 2 - Extensivo
3 - Semi-Intensivo

73 Pratica Caça ?
1 - Sim
2 - Não

74 Contato com Outras Espécies?
1 - Sim 2 - Não
9 - Ignorado

75 Quais?:

76 Presença de Vetores Associados?
1 - Sim 2 - Não
9 - Ignorado

77 Quais?:

*Campo de preenchimento obrigatório

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS – FPCDCH

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 482
Rubrica

FORMULÁRIO CAPA DE LOTE – FPCDCH – 02

MICRORREGIONAL:_____ **MUNICÍPIO:**_____ **LOTE Nº** _____

MÊS: _____ ANO:_____ SEMANA: _____

Código		Nº Lote Pesquisa	Data da Pesquisa	Local de Captura		Nº da Etiqueta	Observação
Município	Localidade			Intra	Peri		

Remetente para o Laboratório por: _____ em:____/____/____
Recebido no Laboratório por: _____ em:____/____/____
Recebido na Estatística por: _____ em:____/____/____
Digitação: Início: _____/_____/_____ Término:_____/_____/_____ Visto:_____

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 483
Rubrica

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS
FORMULÁRIO DIÁRIO DE ATIVIDADES

1 – Localização da Unidade Domiciliar

FPCOh - 01

Código do Município:	Nome Município:	Data da Atividade: ____/____/____	Atividade
			☐ 1- Pesquisa
Código da Localidade	Nome Localidade	Categoria	☐ 2 - Borrifação
			☐ 3 - Atendimento ao PIT

Nº Casa	Complemento	Pendência de Pesquisa	Pendência de Borrifação
		☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada	☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada

Nome do Morador Colaborador	Nº Habitante	Nº Anexos

Tipo de Parede

☐ 1- Alvenaria c/ Reboco ☐ 2- Alvenaria s/ Reboco ☐ 3- Barro c/ Reboco ☐ 4- Barro s/ Reboco ☐ 5- Madeira ☐ 6- Outros

Tipo de Teto	Situação da Casa
☐ 1- Telha ☐ 2- Palha ☐ 3- Madeira ☐ 4- Metálico ☐ 5- Outros	☐ 1- Telha ☐ 2- Palha

2 – Dados da Pesquisa e Borrifação

Intradomicílio			Peridomicílio	
Captura	Presença de Vestígios	Utilizando	Captura	Presença de Vestígios
☐ 1- Triatomíneo	☐ 1- Ovos	☐ Instrumento de Detecção	☐ 1-Triatomíneo	☐ 1- Ovos
☐ 2- Outros insetos	☐ 2- Outros Vestígios		☐ 2- Outros insetos	☐ 2- Outros Vestígios

Tipo de Desalojante	Nº de cargas	Tipo de Inseticida	Nº de Cargas

Nº do PIT	Nº Notif.	Mat. Agente de Saúde	Assinatura do Agente de Saúde

Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe	ETIQUETA
/ /		

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 484
Rubrica

PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES
REGISTRO DIÁRIO DO GUARDA BORRIFADOR

CRES:		
Localidade:	**Cat.**	**Data:** / /
Município:	**Semana:**	
Turma:	**Nome do guarda:**	

Nome do morador	Nº da casa	Nº de anexos	Nº de Habitantes	Nº de cargas consumidas por tipo de inseticida			Observações
TOTAL							

CARGA EM _____ ML CARGA EM _____ G	Nº DE CASAS BORRIFADAS _____ Nº DE CASAS PENDENTES _____
_____ ASSINATURA DO GUARDA	_____ ASSINATURA DO GUARDA CHEFE

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

Município	Código	Código e Nome da Localidade	Categoria	Zona	Tipo	Concluída	Nº da Semana	Data da atividade	Ciclo /Ano
CAPISTRANO	230290				1-Sede 2-outros	S - sim N - não			

1. LI – Levantamento de Índice	2. LI - Levantamento de Índice + Tratamento	3. PE - Ponto Estratégico	4. T - Tratamento	5. DF – Delimitação de Foco	6. PVE – Pesquisa Vetorial Especial

Nº de Quant.	Nome do Logradouro	Nº de Imóvel	Complemento	Lado	Tipo	Hora / Entrada	Visita N / R	Pendencia	Nº de depósitos Inspecionados							Eliminados	Imov. Inap.	Coleta de Amostras			Imóvel Tratado	Tratamento				
																		Nº de Amostras		Quantid.		Focal				
																						Larvicida			Peixe	
									A 1	A 2	B	C	D 1	D 2	E			Inicial	Final			Tipo	Nº Colher G	Nº Colher P	Nº de Peixe	Nº de Dep.
TOTAL																										

ASSINATURA DO AGENTE	ASSINATURA DO SUPERVISOR	TIPO DE IMOVEL	PENDENCIA
		R = Residência; TB = Terreno baldio; C = Comercio; PE= Ponto Estratégico	R = Recusa; F= Fechada

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 14
Rubrica

F.A DENGUE - 01DIÁRIO

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

N° IMÓVEIS TRABALHADOS POR TIPO					
RESIDÊNCIA	COMÉRCIO	TB	PE	OUTROS	TOTAL

N° DE IMÓVEIS			
TRAT. FOCAL	TRAT. PERIFOCAL	INSPECIONADOS	RECUPERADOS

N° DE TUBOS /AMOSTRAS COLETADAS	PENDÊNCIA	
	RECUSA	FECHADA

N° DE DEPÓSITOS INSPECIONADOS POR TIPO							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL

N° DEPOSITOS						
Eliminado	TRATADOS					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Quantidade (colher G)	Quantidade Depósito tratado	Tipo	Qtde. (colher P)	Qtde Dep. Trat

ADULTICIDA	
TIPO	QTDE (gramas)

N° E SEQUÊNCIA DOS QUARTEIROES TRABALHADOS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° E SEQ DOS QUARTEIROES CONCLUIDOS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATORIO

N° E SEQ DOS QUARTEIROES COM AEDES AEGYPTI									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° E SEQ DOS QUARTEIROES COM AEDES ALBOPICTUS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N/ DE DEPOSITOS COM ESPECIMES POR TIPO								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL
C/ AEDES AEGYPTI								
C/ AEDES ALBOPICTUS								

N° DE IMOVEIS COM ESPECIMES POR TIPO							N° DE EXEMPLARES			
	R	C	TB	PE	O	TOTAL	LARVAS	PUPAS	EXUVIA DE PUPA	ADULTO
C/ AEDES AEGYPTI										
C/ AEDES ALBOPICTUS										
OUTROS										

A1 – Caixa d'agua (elevado) **A2** – Outros depósitos de armazenamento de agua (baixo) **B** – pequenos depósitos móveis **C** – Depósitos fixos
D1 – Pneus e outros materiais **D2** – Lixo (recipientes, plásticos, latas) sucatas, entulhos. **E** – Depósitos naturais

DATA DA ENTRADA	DATA DA CONCLUSÃO

LABORATÓRIO	LABORATORISTA	ASSINATURA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 108
Rubrica

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 4187
Rubrica

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona (Agente)

05	Categ. Localid.	06	Tipo	07	Ciclo/Ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1 - sede 2 - outros		/		/ /		/ /		S - Sim N - Não		/

12	Atividade		
	1 - LI - Levantamento de índice	2 - LI+T - Levantamento de índice+Tratamento	3 - PE - Ponto estratégico
	4 - T - Tratamento	5 - DF - Delimitação de Foco	6 - PVE - Pesquisa Vetoria Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Nº imóveis trabalhados por tipo						Nº imóveis			23	Pendência		
Total Quantidade Conclusão	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal	21 Trat. Perifocal	22 Inspecionados	Amostras Coletadas	24 Recusa	25 Fechados	26 Recuperados

TB - Terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo								35 Depósito Eliminado	Nº depósitos tratados Larvicida (1)		
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total		36 Tipo	37 Qtde. (Gramas)	38 Qtde. Dep. Trat.
									L1		

Adulticida		43	44
39 Tipo	40 Qtde (cargas)	Total de Agentes na Semana	Total de Dias trabalhados na semana

Atenção!
37 - Inserir a quantidade de larvicida em gramas (ex. 2 cargas = 1.000g)
43 - Total de Agentes na semana (Ex. Seg=1, Ter=1, Qua=1, Qui=1, Sex=1 Total=5)
44 - Total de Dias trabalhados na semana (Ex. Seg=1, Ter=1, Qua=1, Qui=1, Sex=1 Total=5)

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo	45 A1	46 A2	47 B	48 C	49 D1	50 D2	51 E	52 Total
com *Aedes aegypti*								
com Aedes albopictus								

A1 - Caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos MÓVEIS C - Depósitos FIXOS
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécies, por tipo	53 Residência	54 Comércio	55 Terreno Baldio	56 Ponto Estratégico	57 Outros	58 Total	Nº de exemplares						
							59 Larvas	60 Pupas	61 Exúvia de Pupa	62 Adultos			
com *Aedes aegypti*													
com *Aedes albopictus*													
Outros													

63 Nº e seq. dos quarteirões com *Aedes aegypti*			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

64 Nº e seq. dos quarteirões com *Aedes albopictus*			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

65 Nº e seq. dos quarteirões com *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

66 Visto do Supervisor		67 Data do visto	

FAD07 - Semanal

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES REALIZADAS
PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA PESTE

Município	Busca Ativa / Divulgação			Sorologia de Carnívoros				Coleta de Espécimes						Controle Vetorial	
	Realizadas			Cães		Gatos		Roedores capturados			Pulgas coletadas				
	Nº de Loc. Programadas	Nº de Loc. Trabalhadas	Nº UDS Visitadas	Realizadas	Positivas	Realizadas	Positivas	Comensais	Silvestre	Roedores Positivos	Em Roedores Comensais	Em Roedores Silvestre	Livre	Número de UDS Borrifadas	Inseticidas gasto nº de cargas

OBSERVAÇÃO: _____

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls 418
Rubrica

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Ficha 1: Inquérito / Busca Ativa

1 Órgão executor

2 Data ___/___/___

3 Agravo/Doença TRACOMA Código (CID10) A 71.9

4 UF

5 Município

6 Distrito/Localidade

7 Inquérito: 1- escolar 2- domiciliar

8 Escola

9 Endereço

10 Turno

11 Classe/Turma

12 Zona

Nº	Nome	Sexo		Idade	Tracoma		Código	Forma clínica										Outras afecções oculares		Acuidade visual		Atividade realizada	
								OD					OE										
		M	F		Sim	Não		TF	TI	TS	TT	CO	TF	TI	TS	TT	CO	Conj	Cat.	OD	OE	E	T

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 419
Rubrica

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Ficha 2: Controle de Casos – Boletim de Inquérito Tracoma / Sinan NET

1 Nº da notificação	2 Data ___/___/___	3 Agravo/Doença TRACOMA	Código (CID10) A 71.9	4 UF	5 Município
6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)				7 Inquérito: 1. escolar 2. domiciliar	8 Nº de pessoas examinadas / 9 Nº de casos positivos

Nº do caso	Nome*	Iniciais do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zona	Sexo	Idade	Forma clínica					Encaminhamento para cirurgia	Data do início do tratamento*	1º Controle*		2º Controle*	
										TF	TI	TS	TT	CO			Data	Resultado	Data	Resultado
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											
									4											

*Campos não digitados no Sinan-NET

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 490
Rubrica

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Ficha 3: Consolidado Periódico de Atividades

1 Órgão executor	2 Agravo/Doença: TRACOMA	Código (CID10): A 71.9
3 UF	4 Município	5 Período ___/___/___ a ___/___/___

Nº	Nome da escola, localidade ou município	Nº de pessoas examinadas	Nº de casos de tracoma	Resultado do exame de tracoma (código)								Outras afecções		Nº de altas por cura	Nº de pessoas com 2 controles	Encaminhamento para cirurgia		Cirurgias de TT realizadas	Nº de tratamentos realizados
				1	2	3	4	5	6	7	8	Conj.	Cat.			Triq.	Cat.		

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 411
Rubrica

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE INQUÉRITO DE TRACOMA

1 Nº da notificação | 2 Data da notificação | 3 Agravo/ Doença **TRACOMA** | Código (CID10) A 71.9

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

7 Inquérito 1 - Escolar 2 - Domiciliar | 8 Nº de pessoas examinadas | 9 Nº de casos positivos

Nº do caso	Iniciais do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zona	Sexo	Idade	Forma Clínica TF	TI	TS	TT	CC	Encaminhamento para cirurgia
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						
								4 (anos)						

LEGENDA:
Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado
Encaminhamento para cirurgia: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Forma Clínica: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Legenda: TF - Tracoma Inflamatório Folicular TI - Tracoma Inflamatório Intenso
TS - Tracoma Cicatricial TT - Triquíase Tracomatosa CO - Opacificação de Córnea

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Fls. 492
Rubrica