Prefeitura de Jundiaí
Secretaria de Saúde

Comunicado de Diarréia

Local:

Semana Epidemiológica: _____ - de _____/_____/_____ a _____/_____/_____

Iniciais	Idade	Sexo	Bairro de Residência	Município de Residência	Data de início dos sintomas	TRATAMENTO				Em casos de contato com outros casos, informar local (empresa, escola, etc) e o telefone para contato no local
						A	B	C	IGN	

Assinalar com um (X) o plano de tratamento: **A** (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares), **B** (diarréia com desidratação, paciente me observação na sala de TRO ou **C** (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa).