



Instruções de Preenchimento do ADAN-SUS/SP – D (versão preliminar)

Parte I: Refere-se ao registro, pelo Município afetado, de informações do monitoramento de desastres naturais para envio à Regional de Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica de REFERÊNCIA, por fax ou e-mail, **21 dias após a ocorrência do evento**.

1. Informações gerais

Data de Preenchimento: Registre o dia, mês e ano do preenchimento deste formulário. Exemplo: (DD/MM/AAAA)

Data de Ocorrência: Registre o dia, mês e ano da ocorrência do desastre que foi monitorado. Exemplo: (DD/MM/AAAA). Caso este formulário seja referente a mais de uma ocorrência relacionar todas as datas de ocorrência.

Número do Relato Defesa Civil – Anotar o número do relato sobre esta ocorrência se houver

Tipo de evento: Marcar com 'X' o tipo do desastre de acordo com a classificação:

Município, UF, Código IBGE: Registre o nome e código IBGE do Município afetado pelo desastre, a sigla do Estado correspondente

2. Abrigos

2.1. Há desabrigados? Marcar com **X** se existem ou Não desabrigados no momento do preenchimento deste formulário.

a) **Se Sim, quantos?** Marcar o número de pessoas desabrigadas no momento do preenchimento deste formulário;

b) **O(s) abrigo(s) está(ão) atendendo à demanda?** Marcar Sim ou Não, com **X**, conforme o caso;

Observações: Descrever o(s) motivo(s) do(s) abrigo(s) Não atender(em) à demanda e as providências que estão sendo tomadas para resolver esta situação;

2.2. Condições sanitárias do(s) abrigo(s):

a) **Água; b) Esgoto; c) Lixo; d) Alimentos:** Marcar com **X**, conforme as alternativas apresentadas;

b) **e) Controle de vetores: É visível a presença de insetos e/ou roedores?** Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*; **Se Sim, quais?**

Relacionar os insetos e/ou roedores visíveis;

Providências adotadas: descrever as ações realizadas para o controle de vetores e/ou roedores.

f) **Há presença de animais domésticos:** Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

Se Sim, há local apropriado para alojar os animais? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

g) **Local para lavagem e secagem de roupas:**

Quantidade de tanques suficiente? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

Quantidade de varais é suficiente? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

h) **Área Física – Atende às recomendações?** Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*, considerando que o espaço mínimo recomendado é de 3,5m² por pessoa abrigada independentemente da idade.

Observação: descrever outras informações que julgar pertinentes sobre o(s) abrigo(s)

3. Rede de Saúde

3.1. Condições das instalações (em número de instalações):

Anotar no espaço correspondente o NÚMERO de instalações da rede de saúde afetadas pelo desastre conforme o grau de dano ocorrido

3.2. Condições de atendimento Marcar com **X**, conforme as alternativas apresentadas

Especificar as condições e os locais para onde estão sendo direcionados os usuários para assistência à saúde.

4. Há casos de óbitos? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

4.1 Se Sim, como está sendo realizada a identificação, conservação e enterro dos mortos?

Descrever como estão sendo identificados, conservados e enterrados os mortos.

5. Há relatos de alterações de saúde ou algum surto de doença? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

Se Sim, assinalar o tipo e local de ocorrência? Marcar com **X** o tipo e local da ocorrência dos agravos. Especificar aqueles não relacionados nas alternativas. Na ocorrência de doenças de transmissão respiratória não esquecer de especificar o tipo no espaço correspondente.

6. Há caso(s) suspeito(s) de agravo à saúde que possa(m) ser relacionado(s) à exposição a contaminante químico?

Marcar com **X**, conforme as alternativas apresentadas.



7. **Agravos notificados no SINAN?** Relacionar o(s) agravo(s) notificados no SINAN, relacionados ao evento, em cumprimento à Portaria MS/GM nº 1.271/2014
8. **Na zona rural, houve mortandade de animais?** Marcar com **X**, *Sim*, *Não* ou *NA (Não se aplica)*.
Se Sim, qual o destino das carcaças? descrever o destino das carcaças dos animais.
9. **As condições de acesso estão normalizadas em toda área afetada?** Marcar com **X**, *Sim*, *Não* ou *NA (Não se aplica)*.
- 9.1. **Se Não, qual o tempo previsto para o seu restabelecimento?** Informar qual o tempo previsto para que o(s) acesso(s) à área afetada(s) seja(m) normalizado(s);
- 9.2. **Quais medidas são adotadas para o suprimento das necessidades básicas da população?** Descrever as medidas adotadas para o suprimento das necessidades básicas da população (abrigo, água potável, alimento, vestuário, energia, transporte etc).
10. **Os danos ocorridos no Sistema Público de Água já foram sanados?** Marcar com **X**, *Sim*, *Não* ou *NA (Não se aplica)*.
- 10.1. **Se Não, o que falta para o seu restabelecimento?** Descrever a(s) providência(s) que falta(m) para o restabelecimento do Sistema Público de Abastecimento de Água;
- 10.2. **Qual o prazo para o seu restabelecimento?** Informar o prazo para o restabelecimento do Sistema Público de Abastecimento de Água.
11. **Os demais serviços públicos afetados já foram restabelecidos?** Marcar com **X**, *Sim*, *Não* ou *NA (Não se aplica)*. Se houver restabelecimento parcial assinalar como **NÃO**.
- 11.1. **Se Sim, quais foram restabelecidos?** Relacionar o(s) serviço(s) público(s) restabelecido(s);
- 11.2. **Se Não, qual o tempo previsto para que isto ocorra?** Informar qual o tempo previsto para que cada serviço público afetado pelo evento volte à normalidade.
12. **Há utilização de carros-pipa neste momento?** Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*.
- 12.1. Se Sim, o número de carros-pipa é suficiente para atender a demanda?
- 12.2. Se Não, quais as medidas adotadas para suprir a insuficiência do número de carros-pipas? Descrever as medidas adotadas para suprir a deficiência do número de carros-pipas;
- 12.3. Na utilização de carros-pipa é realizada a desinfecção periódica? Marcar com **X**, *Sim* ou *Não*;

Responsável pelo preenchimento: Registrar o nome, área técnica da instituição a qual pertença, telefone de contato, e-mail do profissional que preencheu o formulário

Parte II: Refere-se ao registro, **pelo órgão Regional de Vigilância**, de informações complementares àquelas enviadas pelo município, enviando-as para a Central/CIEVS, **em até 72 horas após o recebimento** das informações, através do e-mail: central@saude.sp.gov.br, ou excepcionalmente pelo fax (11) 3066-8132.

1. **Ações executadas pela Regional de Vigilância para apoio e solução do problema:** Descrever as ações executadas pela Regional de Vigilância para apoio e solução do problema e as ações previstas a serem executadas.
2. **Classificação do evento:** Marcar com **X**, conforme as alternativas apresentadas;
Nas situações que exijam manutenção do monitoramento enviar novo **ADAN-SUS/SP-D** após 21 dias.

Observações: Anotar outras informações que julgar pertinentes sobre o evento.

Responsável pelo preenchimento: Registrar o nome, área técnica da instituição a qual pertença, telefone de contato, e-mail do profissional que preencheu o formulário