ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
GABINETE DA PREFEITA

Ofício n.º 0180/2020 DAO

Pelotas, 20 de agosto de 2020.

Exmo. Sr.
José Sizenando
Presidente da Câmara Municipal
Pelotas-RS

Senhor Presidente,

Na oportunidade em que o cumprimento, envio-lhe resposta referente ao pedido de informação formulado pela Vereadora Fernanda Miranda, a qual requer informações sobre o percentual de pessoas transgênero contaminadas por COVID-19 em Pelotas (prot. Câmara 4095/2020).

Segue apenso, esclarecimentos prestados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS (05 fls.)

Atenciosamente,

Paula Schild Mascarenhas
Prefeita

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DA SAÚDE

Memo nº. 284/2020 GAB

Pelotas, 19 de agosto de 2020.

De: Gabinete – SMS

Para: Sr. Tiago Bündchen
Diretor Executivo
Secretaria Municipal de Governo

Assunto: Pedido de Informação nº 42/2020 – SMG (SIM)

Senhor Diretor,

Em resposta ao Pedido de Informação supracitado, encaminhamos cópia do Memorando nº 46/2020 do Departamento de Vigilância Epidemiológica referente ao registro de contaminação pelo COVID-19 por pessoas transgênero.

Atenciosamente,

Roberta Paganini Laufia Ribeiro
Secretária Municipal de Saúde

Rua Tiradentes, nº 3120 – Pelotas/RS
CEP 96010-160
(53) 32849540
smspelgabinete@gmail.com

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAUDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Pelotas, 18 de agosto de 2020.

Memo nº 46/2020 – Vigilância Epidemiológica

Para: Roberta Paganini L. Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Resposta ao Pedido de Informação 00014EF74000530027D20225B001BD27
Vereadora Fernanda Pinto Miranda

Senhora Vereadora,

Como já respondido anteriormente através do Memo nº 36/2020, de 03 de agosto de 2020, informamos que a coleta de dados é feita conforme a base nacional, através de um formulário padrão (*em anexo*) que não faz esta distinção, portanto não temos nenhum registro no município.

Carmem Rosane da Silva Viegas
Coordenação da Vigilância Epidemiológica

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
RUA LOBO DA COSTA 1764
smsbe.sinan@gmail.com
(53) 32847722

Pelotc
vamos compartilhar

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DA SAÚDE

Memo nº 36 /2020 VIGEP Pelotas, 03 de agosto de 2020.

De: Vigilância epidemiológica

Para: Roberta Paganini L. Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saide

Assunto: Pedido de Informação 00014EF74000530027D2022B001BD27
Vereadora Fernanda Pinto Miranda

Senhora Vereadora,

Em resposta ao pedido de informações conforme o número de ofício supracitado, referente aos dados coletados, informamos que são conforme a base nacional. Em anexo formulário.

Carmem R.S.Viegas
Coordenação vigilância epidemiológica

RETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Pelotas
vamos compartilhar a cidade

ORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL

Unidades privadas e consultórios - *Preencher para usuários com Sintomas Gripais e enviar para Vigilância Epidemiológica entregar a notificação na Vigilância Epidemiológica ou enviar pelo e-mail vigiepidemiopel@gmail.com*

Unidades SUS *digitar no sistema eSUS-VE*

O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS E OBRIGATORIO

Unidade Notificadora: _____ DATA:____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? ( )Sim ( )Não, Cartão SUS nº _____

É profissional de saúde? ( )Sim ( )Não

CPF _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento____/____/____ Sexo ( )Masculino ( )Feminino Raça _____

Logradouro _____ Número/ Complemento_____

CEP _____ Bairro _____

Estado de Residência_____ Município de Residência_____

Telefone Celular _____Telefone de Contato _____

Unidade Básica mais próxima do endereço. _____

NOTIFICAÇÃO

Data da Notificação ____/____/____

SINTOMAS

( )Dor de Garganta ( )Dispneia ( )Febre ( )Tosse ( )Outros – Quais _____

Data do início dos sintomas: ____/____/____

CONDIÇÕES:

( )Doenças respiratórias crônicas descompensadas ( )Doenças cardíacas crônicas

( )Diabetes ( )Imunossupressão

( )Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)

( )Gestante de alto risco ( )Outras – Quais _____

( )Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica.

TESTE

( )Solicitado ( )Coletado ( )Concluído - Resultado

Tipo de teste: _____ Data realização teste: ____/____/____

Marca do teste rápido _____ Tem autorização ANVISA e validade pelo INCQS ( ) Sim ( ) Não

Resultado: ( ) Reagente ( ) Não reagente

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Vigilância Epidemiológica
09/04/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.
Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: __|__ **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não

Estrangeiro: (Marcar X) |__|Sim |__|Não

É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X) |__|Sim |__|Não

CBO: **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: __|__|____ **País de origem:**

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino

Raça/COR: (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena

Passaporte: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

CEP: __|__|__|__|__|__|__|__

UF: __|__ **Município de Residência:** _____

Logradouro: _____ **Número :**

Complemento: **Bairro:**

Telefone Celular: __|__ - __|__|__|__|__|__|__|__|__ **Telefone do contato:** __|__ - __|__|__|__|__|__|__|__|__

Data da Notificação: __|__|____

Sintomas: (Marcar X)
|__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__|Febre
|__| Tosse |__| Outros _____

Data do início dos sintomas: __|__|____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)
|__| Imunossupressão
|__| Gestante de alto risco
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

Estado do Teste: (Marcar X)
|__|Solicitado
|__|Coletado
|__|Concluído

Data da Coleta do Teste: __|__|____

Tipo de Teste: (Marcar X)
|__|Teste rápido – anticorpo
|__|Teste rápido – antígeno
|__|RT - PCR

Resultado do teste (Marcar X)
|__|Negativo
|__|Positivo

Classificação Final: (Marcar X)
|__|Confirmação laboratorial
|__|Confirmação clínico epidemiológico
|__|Descartado

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado |__|Ignorado |__| Óbito
|__|Cura |__|Internado |__| Internado em UTI
|__|Em tratamento domiciliar

Data de encerramento: __|__|____

Informações complementares e observações

Observações: