

Nome da unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Iniciais do entrevistador: \_\_\_\_\_

### [Nome do país] Inquérito de avaliação da unidade de saúde e detecção de Casos

#### Instruções: Peça para entrevistar o profissional de saúde responsável presente no momento da sua visita.

Chamo-me \_\_\_\_\_ e estou aqui em nome do [Ministério da Saúde]. Estamos a tentar compreender a capacidade e necessidades das unidades de saúde relativas à resposta ao Ébola. Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua unidade de saúde, e também sobre os pormenores relativos a quaisquer casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Ébola na sua unidade nas últimas três semanas. A entrevista deve durar cerca de 30 minutos e pode saltar qualquer pergunta à qual não saiba responder. Tem alguma dúvida?

Data da entrevista: 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

*Dia XX Mês XXX Ano XX*

#### Informações Geográficas da unidade de saúde

Região/ Distrito/ Município: \_\_\_\_\_

Comunidade / Localidade / Zona: \_\_\_\_\_

Outras informações geográficas: \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÃO SOBRE A UNIDADE

Nome do PS entrevistado: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

Cargo do PS: \_\_\_\_\_

Número aproximado de pessoal médico (enfermeiros, médicos, etc.): \_\_\_\_\_

Número aproximado de pessoal não médico (empregados de limpeza, segurança, etc.): \_\_\_\_\_

Número aproximado de camas (em hospitais com serviço de internamento): \_\_\_\_\_

Número aproximado de visitas por mês (em clínicas de ambulatório): \_\_\_\_\_

Número aproximado de internamentos por mês (em alas de internamento): \_\_\_\_\_

#### Formação

Quando foi mais recente formação específica sobre Ébola na sua unidade? \_\_\_\_\_

Quem ministrou a formação? \_\_\_\_\_

Estima-se que a carga burocrática para a recolha de informação seja de cerca de 30 minutos por resposta, valor que inclui o tempo para a leitura das instruções, a pesquisa em fontes de informação existentes, a reunião e manutenção de dados necessários e o preenchimento e revisão da recolha de informação. As agências não podem realizar ou patrocinar, e uma pessoa não está obrigada a responder a uma recolha de informações, a não ser que esta última exiba um Número de Controlo OMB válido. Envie comentários relativos a esta estimativa de carga burocrática ou a qualquer outro aspecto desta recolha de informação, incluindo sugestões para a redução da burocracia para: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-XXXX.

## PLANO DA UNIDADE DE RESPOSTA AO ÉBOLA

Se um paciente gravemente doente se apresentasse na sua unidade hoje e o seu pessoal tivesse elevadas suspeitas de que se tratava de um caso de Ébola, que procedimento seguiria a sua unidade? Vou fazer algumas perguntas específicas:

Quem contactaria para comunicar o caso? (seja específico; o PS pode dar várias respostas)

---

Onde colocaria o paciente na sua unidade? (seja específico)

---

Na sua opinião, o pessoal da unidade teria o EPP adequado disponível?

Sim\_\_\_ Não\_\_\_ Se não: o que é que falta?: \_\_\_\_\_

Na sua opinião, o seu pessoal tem formação adequada para utilizar o equipamento de protecção correctamente?

Sim\_\_\_ Não\_\_\_ Se não: o que é que falta?: \_\_\_\_\_

Na sua opinião, a sua unidade tem material adequado de desinfectação e limpeza?

Sim\_\_\_ Não\_\_\_ Se não, o que falta?: \_\_\_\_\_

Alguém na sua unidade seria capaz de recolher uma amostra para laboratório de um paciente?

Sim\_\_\_\_\_ Se sim, essa pessoa teve formação específica sobre Ébola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_ Se não, como seria recolhida uma amostra? \_\_\_\_\_

Transferiria o paciente para outra unidade?

Sim, logo que fosse possível \_\_\_\_\_

Sim, se o resultado das análises fosse positivo \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

Que unidade escolheria se transferisse o paciente? \_\_\_\_\_

### Material

A sua unidade recebeu EPP adicional para tratar potenciais pacientes com Ébola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, de quem: \_\_\_\_\_

Pode demonstrar como se prepararia para se vestir e despir para visitar um paciente suspeito de ter Ébola?  
(descrever demonstração)

Neste momento, a sua unidade dispõe de:

|                                                                    |     |     |  |                                                                                                |     |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Luvas                                                              | Sim | Não |  | Termómetro que pode ser usado num único paciente suspeitos de ter Ébola e depois deitado fora  | Sim | Não |
| Batas descartáveis                                                 | Sim | Não |  | Estetoscópio que pode ser usado num único paciente suspeito de ter Ébola e depois deitado fora | Sim | Não |
| Respiradores/ máscaras                                             | Sim | Não |  | Fluidos e tubos intravenosos                                                                   | Sim | Não |
| Máscaras e óculos de protecção (protecção ocular)                  | Sim | Não |  | Cloro                                                                                          | Sim | Não |
| Botas ou protecção para os pés                                     | Sim | Não |  | Baldes de 20 L                                                                                 | Sim | Não |
| Batas de uso único                                                 | Sim | Não |  | Botas de borracha                                                                              | Sim | Não |
| Avental de plástico                                                | Sim | Não |  | Máscara descartável                                                                            | Sim | Não |
| Óculos                                                             | Sim | Não |  | Cobertura para a cabeça                                                                        | Sim | Não |
| Sacos de lixo de plástico                                          | Sim | Não |  | Lavatório de plástico para lavar as mãos depois da consulta                                    | Sim | Não |
| Saco mortuário                                                     | Sim | Não |  | Definições do caso afixadas                                                                    | Sim | Não |
| Nebulizador de cloro com capacidade de 1 litro                     | Sim | Não |  | Material de informação e sensibilização                                                        | Sim | Não |
| Esponja                                                            | Sim | Não |  | Recipiente para instrumentos afiados (ou recipiente para medicamentos modificado)              | Sim | Não |
| Fórmula escrita ou descrita para a preparação de soluções de cloro | Sim | Não |  |                                                                                                |     |     |

### Dados e comunicação

A sua unidade dispõe de computador? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

A sua unidade dispõe de acesso à internet? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

A sua unidade fica numa zona com boa cobertura de rede móvel? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

### CASOS DE ÉBOLA NA UNIDADE

A sua unidade recebeu algum caso suspeito, provável ou confirmado de Ébola nas últimas três semanas? (use um calendário para indicar o espaço de tempo ao PS)

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_ → Se não, passe para a página seguinte

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Origem: Comunidade / Localidade / Zona: \_\_\_\_\_ Região/ Distrito / Município: \_\_\_\_\_

|                     |  |  |  |        |  |       |   |   |
|---------------------|--|--|--|--------|--|-------|---|---|
| Data de Nascimento: |  |  |  | Idade: |  | Sexo: | M | F |
|---------------------|--|--|--|--------|--|-------|---|---|

(Dia XX Mês XXX Ano XX)

(anos)

|                              |  |  |  |                                     |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Data de início dos sintomas: |  |  |  | Data de chegada à Unidade de Saúde: |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|

(Dia XX Mês XXX Ano XX)

(Dia XX Mês XXX Ano XX)

|                                            |  |  |  |                                                |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------|--|
| Data de comunicação do caso ao Ministério: |  |  |  | Método de comunicação do caso/ quem contactou: |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------|--|

(Dia XX Mês XXX Ano XX)

|                                               |           |           |                                         |                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Resultados dos exames (circule uma resposta): | Positivos | Negativos | Não foi recolhida amostra para análise* | Foi recolhida amostra para análise, mas não foram comunicados resultados* |
|-----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

\*Em caso negativo, porque não foi recolhida uma amostra?

|                                                                                    |                    |        |     |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|-----|-------------------|
| Método de recepção de resultados de análises (circule todas as opções relevantes): | Chamada telefónica | E-mail | SMS | Relatório escrito |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|-----|-------------------|

Desfecho do paciente:

|              |                     |     |                                                              |
|--------------|---------------------|-----|--------------------------------------------------------------|
| Internado:   | Sim                 | Não | Se sim, onde: _____                                          |
| Transferido: | Sim                 | Não | Se sim, para onde: _____ E Quem transferiu o paciente: _____ |
| Morreu:      | Sim                 | Não | Se sim, data da morte: _____ E data do enterro: _____        |
|              |                     |     | Em caso de morte, quem realizou enterro? _____               |
| Outro:       | (explicação): _____ |     |                                                              |

|                                                                                    |     |     |              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|--|
| Realizou-se algum rastreio de contacto para este caso (de que tenha conhecimento): | Sim | Não | Desconhecido |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|--|

Comentários: