

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: