



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

DESASTRES NATURAIS

MONITORAMENTO – AVALIAÇÃO DE DANOS HUMANOS E SERVIÇO DE SAÚDE/FORNECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO – ADAN-SUS/SP-D

Parte I (preenchimento pelo município)

1 – Informações Gerais

Data do preenchimento: _____ Número relato Defesa Civil _____

Data da ocorrência: _____

Tipo de evento:

- Enchentes Escorregamentos ou deslizamentos Incêndios Rompimento de adutora
 Enxurradas Exaurimento de recursos hídricos Rompimento de barragem Vendavais ou tempestades
 Inundações litorâneas por invasão do mar Outros: _____

Município	UF:	Cód. IBGE:

2 - Abrigos

2.1 - Há desabrigados?

Sim Não

a) Se sim quantos: _____

b) O(s) abrigo(s) está(ão) atendendo a demanda? Sim Não

Observações

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

a) Água

- a.1 Origem Rede pública Poço Caminhão pipa
a.2 Quantidade Suficiente Insuficiente
a.3 Qualidade Potável Não potável

b) Esgoto

- Rede pública Solução individual (tanque séptico)
Se solução individual: Atende necessidade Não atende necessidade

c) Lixo

- c.1) Frequência da coleta Regular Irregular
c.2) Existe abrigo para o lixo Sim Não

d) Alimentos

- Os alimentos são preparados no local? Sim Não
Se sim, qual a condição sanitária do local de manipulação? Adequada Inadequada
Se não, os alimentos estão devidamente acondicionados? Sim Não

e) Controle de Vetores

É visível a presença de insetos e/ou roedores Sim Não

Se sim, quais? _____

Providências adotadas _____

f) Presença de Animais Domésticos

Sim Não

Se sim, há local apropriado para alojar os animais? Sim Não

g) Local para Lavagem e Secagem de Roupas

g.1 Quantidade de tanques suficiente? Sim Não

g.2 Quantidade de varais é suficiente? Sim Não



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

h) Área física

Atende as recomendações? Sim Não

Observações:

3. Rede de Saúde

3.1 Condições das instalações (em número de instalações)

Instalações de Saúde	Sem danos	Danificada	Destruída	Isolada
1. Pronto Atendimento (PA)				
2. Pronto Socorro (PS)				
3. Unidades Básicas de Saúde (UBS)				
4. Unidade Mista				
5. Hospital				
6. Laboratório				
7. Outros (especifique)				

3.2 Condições de atendimento aos usuários

Sem atendimento Atendimento parcial Atendimento total

Se não há atendimento ou ele é parcial há redirecionamento dos atendimentos? Sim Não

Especifique

4. Há casos de óbitos Sim Não

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

5. Há relatos de alterações de saúde ou algum surto de doença? Sim Não

Se sim, assinale o tipo e local de ocorrência

Leptospirose Abrigo(s) Outros Locais

Hepatite Abrigo(s) Outros Locais

Diarreia Abrigo(s) Outros Locais

Doenças de transmissão respiratórias Abrigo (s) Outros Locais Especifique:

Outras especifique:

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

Não Sim: abrigo Outro local (especifique):

Tipo de contaminante:

7. Agravos notificados no SINAN (de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271/2014)

Especifique:

8. Na zonal rural, houve mortandade de animais? Sim Não NA

Se sim, qual o destino das carcaças?



9. As condições de acesso estão normalizadas em toda a área afetada?

Sim Não NA

9.1 Se não, qual o tempo previsto para reestabelecimento?

9.2 Quais medidas são adotadas para o suprimento das necessidades básicas da população? Aponte a origem e fornecedores de suprimentos

10. Os danos ocorridos no Sistema de Abastecimento Público de Água já foram sanados?

Sim Não NA

10.1 Se não, o que falta para o restabelecimento?

10.2 Qual o prazo para o restabelecimento

11. Os demais serviços públicos afetados já foram restabelecidos?

Sim Não NA

11.1 Se sim, quais foram restabelecidos?

11.2. Se não, qual o tempo previsto para que isto ocorra?

12. Há utilização de carros-pipa neste momento?

Sim Não

12.1 Se sim o número de carros-pipa é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

12.2 Se não, quais as medidas adotadas para suprir a deficiência do número de carros-pipa?

12.3 Na utilização de carros-pipa é realizada a desinfecção periódica?

Sim Não

Responsável pelo preenchimento

Área técnica

Tel.: Contato

e-mail:



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Enviar este instrumento, em até 21 dias da ocorrência, para Regional de Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica por fax ou e-mail.



Parte II (preenchimento pela Regional de Vigilância)

1 – Ações executadas pela Regional de Vigilância para apoio e solução do problema:

2 – Classificação do Evento: Encerrado Em monitoramento (enviar novo ADAN-SUS/SP – D em 21 dias)

Observações

Responsável pelo preenchimento

Área técnica	
Tel.: Contato	
e-mail:	

Enviar este instrumento para Central/CIEVS, **em até 72 horas após recebimento**, através do e-mail: central@saude.sp.gov.br excepcionalmente pelo FAX: (11) 3066-8132