

**PROTOCOLO PARA
DIAGNÓSTICO DAS
INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR
AGROTÓXICOS –**

PROPOSTA DO PARANÁ

Encontro da RENAST – set 2012

INTRODUÇÃO

- O Brasil é o maior mercado consumidor de agrotóxicos do mundo e o Paraná ocupa o 3º mercado do país.
 - Segundo o SINAN, em 2011, ocorreram 8520 intoxicações por agrotóxicos no país. Destas, apenas 0,8% foram consideradas crônicas.
 - No Paraná, de 2007 a 2011, foram registrados 1354 casos de intoxicações, sendo 24% relacionados ao trabalho e 2,4% crônicas.
-

INTRODUÇÃO

- Em 2009, o Ministério Público Federal do Trabalho encaminhou ao CEST uma trabalhadora da fumicultura – com exposição de mais de 25 anos a agrotóxicos - suspeita de intoxicação crônica - para avaliação clínica e devidos encaminhamentos.
 - (vídeo do caso)
-

INTRODUÇÃO

- Essa trabalhadora relatou que vinha sofrendo de problemas de saúde há 7 anos, encontrando dificuldades em relação a atendimento no sistema público de saúde, quanto ao diagnóstico e tratamento.
 - Foi atendida na unidade de saúde em Rio Azul, em especialidades em Irati e Hospital de Clínicas/UFPR em Curitiba. Entretanto, teve que procurar um médico neurologista particular em Curitiba, pois não havia melhora no seu quadro. Abandonou o tratamento por dificuldades financeiras.
 - No INSS, a trabalhadora teve suas solicitações de afastamento por doença do trabalho indeferidas.
-

INTRODUÇÃO

- O atendimento desse caso evidenciou a dificuldade do SUS do Paraná em relação à atenção aos casos de intoxicação crônica por agrotóxicos.
 - Além disso, a inexistência de protocolo para avaliação clínica.
-

HISTÓRICO

- No final de 2009, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFPR e o CEST e CCE da SESA PR elaboraram o projeto de pesquisa “*Investigação dos Processos de Contaminantes Químicos e seus Impactos na Saúde da População e Trabalhadores Expostos no Paraná*”, sendo um dos eixos, o estudo da exposição a agrotóxicos na fumicultura no município de Rio Azul, maior produtor de fumo do Estado do Paraná.
 - Este projeto foi aceito no PPSUS/ 2008/2009.
-

HISTÓRICO

- Paralelamente a esse projeto, num esforço em melhorar a atenção da saúde dos trabalhadores expostos a agrotóxicos no Paraná, foi realizado em setembro e outubro de 2010 o **Curso de Capacitação em Toxicologia Clínica para monitoramento de populações expostas a agrotóxicos, solventes e metais pesados no Paraná**, ministrado pela Dra. Heloisa Pacheco do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.
 - O curso contou com a participação de 43 profissionais de saúde do SUS do Estado.
-

HISTÓRICO

- Em maio de 2011, o grupo de pesquisa elaborou uma proposta inicial de protocolo de atendimento. À partir deste documento, consulta de outros protocolos existentes e levantamento de literatura sobre o assunto, o CEST realizou a **Oficina para Elaboração de Protocolo Clínico para Avaliação de Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos no Paraná.**
 - A Oficina continuou com a assessoria da Dra. Heloisa Pacheco, Médica Neurologista. Professora Adjunta (IESC/UFRJ).
-

HISTÓRICO

- Participaram da Oficina, profissionais médicos, farmacêuticos, enfermeiros, assistente social de diversas instituições – SMS Curitiba e Araucária, UFPR, Unioeste, HT e 10^a RS – Cascavel.
-

HISTÓRICO

- Como encaminhamento da Oficina, decidiu-se pela aplicação do Protocolo em:
 - Na amostra da pesquisa “Investigação dos Processos de Contaminantes Químicos e seus Impactos na Saúde da População e Trabalhadores Expostos no Paraná”, em Rio Azul;
 - Nos PSF’s – Rurais Espigão Azul e Sede Alvorada em Cascavel, com orientação da professora Phallcha Luízar Obregón do Curso de Medicina da Unioeste;
 - Nos municípios de Ibema e Anahy, com orientação da médica Lilimar Regina N. Mori (10a. Regional de Saúde);
 - No PSF Rural Colônia Cristina – Araucária pelo dr. Sergio S.Marubayashi
 - No PSF Unidade CIC – Curitiba pela Dra. Ana Campos.
 - Data prevista de início: junho de 2011, após pactuação com os gestores.
-

HISTÓRICO

- Em abril de 2012, realizou-se a “**OFICINA PARA VALIDAÇÃO DO ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS A AGROTÓXICOS**”.
 - A Oficina contou novamente com a assessoria da Dra. Heloisa Pacheco, Médica Neurologista. Professora Adjunta (IESC/UFRJ).
-

HISTÓRICO

- Participaram da OFICINA DE VALIDAÇÃO, profissionais de diversas áreas da saúde: CEST, SMS Curitiba, 10a. Regional de Saúde – Cascavel, Unioeste, UFPR/NESC, Universidade Tuiuti, SMS de Céu Azul, SMS/PSF/Cascavel, SMS de Vera Cruz do Oeste, CEREST Macro Oeste, SMS Anahy, Núcleo Epidemiologia do HC, UST/HT e UFRJ.
-

RESULTADO

- Elaboração do “PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- O protocolo é constituído por:
 - *1- Ficha de Exposição Ocupacional e Ambiental*, com informações sobre moradia, caracterização do contato com os agrotóxicos (nomes dos produtos, tempo de exposição, descrição da atividade geradora da exposição, intoxicações pregressas);
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- *2 - Ficha de Avaliação Clínica/Anamnese*, sobre história clínica atual e pregressa, hábitos de vida, história familiar, vida sexual e reprodutiva;
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- *3- Ficha de Avaliação Clínica / Exame Físico*, com ênfase no exame neurológico: funções sensoriais, movimentos, força muscular, sensibilidade, coordenação, tônus muscular e sinais de irritação radicular e meníngea, palpação de nervos periféricos, reflexos;
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- Exames Complementares:
 - Hemograma completo, com contagem de reticulócitos;
 - Bioquímicos: ureia, creatinina, proteínas totais e frações; bilirrubinas totais e frações; fosfatase alcalina; TGO; TGP; GAMA-GT; TSH, glicemia de jejum, Colesterol total e frações, triglicerídeos, VRDL;
 - Dosagem de colinesterase plasmática;
 - Dosagem de acetilcolinesterase verdadeira
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- 4- *Questionário Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, um questionário padronizado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de saúde mental.
-

“PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS”

- Outros exames importantes:
 - Avaliação audiométrica – ototoxicidade.
-

CONCLUSÃO

- O protocolo demonstrou ser de fácil aplicação, permitindo a identificação de casos de intoxicação crônica, bem como o estabelecimento donexo causal com o trabalho, demonstrando ser instrumento sensível.
-

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. – Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção às Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos – Brasília, 2006.

MARI, J. & WILLIAMS, P.A .(1986) .- A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Brit. J. Psychiatry, 148: 23-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Division of Mental Health. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). 1994. Geneva, Switzerland.

- SINAN-
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/iexogena/bases/Intoxbrnet.def> acessado em 28 de fevereiro de 2012.
-

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTOXICOS**1 – FICHA DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E AMBIENTAL****I - Identificação.**

Nome:		Prontuário:	
Data de Nascimento:		Sexo: () Masculino () Feminino	
Nome da mãe:		Raça:	
Endereço:			
Bairro:		Município	
Ponto de referência:		Zona Rural () Sim () Não	
Telefone ()		Celular: ()	
a) Se criança/adolescente (de 6 a 18 anos), atividade(s) que realiza: () atividade escolar exclusivamente () trabalho produtivo na unidade familiar () trabalho produtivo <u>extrafamiliar</u> remunerado () combinação de trabalho produtivo e estudo () não estuda			
b) Se gestante: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () Idade gestacional desconhecida			
c) Escolaridade: Ocupação:			
d) Situação no Mercado de Trabalho:		5. Servidor público celetista ()	10. Trabalhador avulso ()
1. Empregado registrado com carteira assinada ()	2. Empregado não registrado ()	6. Aposentado ()	11. Empregador ()
3. Autônomo / conta própria ()	4. Servidor público estatutário ()	7. Desempregado ()	12. Outros _____
		8. Trabalho Temporário ()	13. Ignorado ()
		9. Cooperativado ()	
e) Ramo da atividade do trabalho atual:			
f) E segurado do INSS: () sim () não			
g) Renda Familiar:		h) nº pessoas na família:	

II. Caracterização do contato

a) Atualmente tem contato com agrotóxico? () Sim () Não	
b) Se sim, o contato se dá: () Pelo trabalho () Pela contaminação ambiental	
c) Tempo de exposição: _____ dias () meses () anos ()	d) Data do último contato com agrotóxico:
e) Nome dos agrotóxicos que tem contato:	

f) Local de compra dos agrotóxicos:

g) Atividade na qual ocorre o contato:

Agricultura

Serviço público / Agente de endemias

Pecuária

Uso doméstico

Indústria

Outros setores:

Serviço de desinsetização

h) Formas de contato, considerando a ocupação atual:

Preparo do produto

Limpeza/ manutenção do equipamento

Diluição

Limpeza da roupa

Tratamento de sementes

Carga/ descarga

Aplicação do produto (pulverização/imersão)

Transporte

Colheita

Controle/ expedição

Supervisão na aplicação

Produção e/ou formulação de agrotóxicos

Armazenamento dos produtos

Contaminação ambiental

Descarte da embalagem

Outras formas:

i) Utiliza equipamentos de proteção individual (EPI's)? Sim Não . Se sim, quais?

Luvas

Óculos

Botas

Nenhuma proteção

Máscara

Outras:

Macacão

j) **Intoxicações progressas por agrotóxicos?** Sim Não

k) Quantas vezes já se intoxicou? vezes

l) Quais sintomas apresentou?

Gastrointestinais

Alteração respiratória

Alteração de sensorio / neurológica

Não lembra

Alteração de pele

Outros, quais?

Alteração cardiovascular

m) Local onde foi atendido?

Hospital

Centro de Urgência e Emergência

Unidade de Saúde

Consultório Particular

Não procurou atendimento de saúde

III. História Ocupacional Progressiva

l) Teve contato no passado com agrotóxico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
m) Se sim, o contato se deu: <input type="checkbox"/> Pelo trabalho <input type="checkbox"/> Pela contaminação ambiental
n) Nome dos agrotóxicos que teve contato:
o) Atividade na qual ocorreu o contato:
p) Formas de contato, considerando ocupações anteriores:



Avaliador	Data
Assinatura	

2 - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA/ ANAMNESE

I – Identificação:

a) Nome do paciente:	b) Idade:
c) Nome da mãe:	
d) Telefone:	e) Prontuário:

II - História clínica atual:

a) Está com algum problema de saúde? Sim Não b) **Se sim, qual?**

c) Uso de medicamentos: Sim Não

d) Quais?

e) Sintomas neuropsiquiátricos			f) Outros sintomas		
1-Cefaléia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	18-Salivação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2-Tontura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	19-Náusea / Vômito	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3-Diminuição da memória	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	20-Inapetência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4-Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	21-Incontinência urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5-Alteração do sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	22-Incontinência fecal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6-Parestesia / MMSS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	23-Epigastria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7-Parestesia / MMII	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	24-Diminuição da acuidade visual	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8-Visão turva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	25-Sangramentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9-Confusão mental	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	26-Irritação da pele	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10-Fotofobia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27-Irritação mucosas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11-Fraqueza Muscular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	28-Alteração na vida sexual	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12-Cansaço fácil nas pernas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	29-Taquicardia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13-Câimbras	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30-Palpitação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14-Zumbido	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31-Sudorese	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15-Alteração do humor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32-Dispnéia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16-Dificuldade da concentração	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33-Chiado torácico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17-Dificuldade de raciocínio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	34-Tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - Tremores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	35- Outros		

g) Em caso de algum dado positivo, caracterizar o sintoma quanto à época de surgimento, em que situações aparecem, fatores de piora e de melhora, se são constantes ou cíclicos, uso de medicamentos, consultas médicas, exames, etc.

- h) O paciente percebe relação entre o horário dos seus sintomas e o seu horário de trabalho? () Sim () Não
- i) Existe alguém no trabalho do paciente que apresenta sintomas/problemas iguais ou similares aos dele? () Sim () Não
- j) Existe algum familiar ou vizinho que apresenta sintomas/problemas iguais ou similares aos dele? () Sim () Não
- l) Tem conhecimento de tentativa de suicídio ou suicídio na comunidade, família ou trabalho? () Sim () Não

III. Hábitos de Vida

a) Tabagista: () Sim () Não	k) <u>Frequência</u> (por dia/ semana):
b) Se sim, fuma cigarro industrializado () outro ()	
c) Número de cigarros por dia:	l) Consome álcool há quantos anos:
d) Há quantos anos:	m) Ex-etilista: () Sim () Não
e) Ex-tabagista: () Sim () Não	n) Quantidade (por dia/ semana):
f) Número de cigarros por dia	o) Etilista por quanto tempo:
g) Durante quantos anos:	p) Parou de beber há:
h) Interrompeu quanto tempo:	q) Dependência química () Sim () Não
i) Consumo de álcool? () Sim () Não	r) Tipo
j) Quantidade (por dia/ semana):	s) O que você faz quando não está trabalhando?

IV - Vida sexual e reprodutiva feminina

a) Menstrua? () Sim () Não () Não informado.	b) Menarca: anos	c) D.U.M.:
d) Dificuldade para engravidar? () Sim () Não () Não se aplica		
e) N° de gestações	f) N° de partos	g) N° de abortos
h) Filho c/ malformação congênita? () Sim () Não () Não informado.		
i) Quantos?		
j) Quais malformações?		
k) Filho c/ alterações no desenvolvimento <u>neuropsicomotor</u> ou distúrbios comportamentais? () Sim () Não () Não informado.		
l) Quantos?		
m) Quais alterações?		

VII - Vida sexual e reprodutiva masculina

a) Tem filhos biológicos? () Sim () Não () Não informado

b) Se não, porquê?

c) Disfunção erétil? () Sim () Não () Não informado

d) Filho c/ malformação congênita? () Sim () Não () Não informado.

e) Quantos?

f) Quais malformações?

g) Filho c/ alterações no desenvolvimento neuropsicomotor ou distúrbios comportamentais?

() Sim () Não () Não informado.

h) Quantos?

i) Quais alterações?



Avaliador

Data

Assinatura

3- FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA / EXAME FÍSICO

I – Identificação:

a) Nome do paciente:	b) Idade:
c) Nome da mãe:	
d) Telefone:	e) Prontuário:

II - História Progressiva:



a) HAS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	k) <u>Hantavirose</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
b) DM	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	l) <u>Toxoplasmose</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
c) Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	m) <u>Hipotireoidismo</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
d) Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	n) <u>Hipertireoidismo</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
e) Ansiedade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	o) Trauma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
f) Outro Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	p) Cirurgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
g) Qual?	- Qual?				
h) <u>Outro Doença neurológica</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	q) Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
- Qual?	- Qual?				
i) Doenças cardíacas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	r) Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
- Qual?	- Qual?				
j) Leptospirose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	s) <u>Outras quais?</u>		

III - História familiar:

a) Pai
b) Mãe
c) Avós
d) Irmãos
e) Filhos

IV Anamnese espontânea:

V - INSPEÇÃO GERAL - DADOS VITAIS:

a) PA:	d) Temperatura:	g) FC:
b) Pulso:	e) FR:	h) IMC:
c) Altura:	f) Peso:	

i) Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Normohidratado <input type="checkbox"/> Desidratado Observações:	
j) Pele e Mucosas:	
k) Tórax	
l) <u>Precórdio</u>	
m) Abdome	
n) Edema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente	
o) Outros	

Pares cranianos

	Direito	Esquerdo	Legenda
Campo Visual			0 = Normal; 1 = <u>Quadrantopsia</u> ; 2 = <u>Hemianopsia</u>
Motricidade ocular			0 = Normal; 1 = <u>Alterada</u>
<u>Nistagmo</u>			0 = Ausente; 1 = <u>Ao movimento</u> ; 2 = <u>Em repouso</u>
Audição (Webber)			0 = Normal, 1 = <u>Alterado</u>
Motricidade facial			0 = Normal; 1 = <u>Alterada</u>
Sensibilidade facial			0 = Normal; 1 = <u>Hipoestesia leve</u> ; 2 = <u>Hipoestesia moderada</u> ; 3 = <u>Hipoestesia grave</u> ; 4 = <u>Anestesia</u>

Tremores e tiques

Tremor: Ausente Postural Repouso Intenção Antigravitacional

Tiques: Ausente Presente - Qualificar:

Força Muscular

	Mão	Antebraço	Braço	Ombro	Pé	Perna	Coxa
Direito							
Esquerdo							

Legenda: 0 = Normal; 1 = Paresia leve; 2 = Paresia moderada; 3 = Paresia grave; 4 = Plegia

⊕ Sensibilidade

	Mão	Antebraço	Braço	Ombro	Pé	Perna	Coxa
Direito							
Esquerdo							

Legenda: 0 = Normal; 1 = Hipoestesia leve; 2 = Hipoestesia moderada; 3 = Hipoestesia grave; 4 = Anestesia

Coordenação

	Com os olhos abertos		Com os olhos fechados	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Dedo-nariz-dedo				
<u>Calcanhar-tibia-joelho</u>				
Legenda: 0 = Normal; 1 = Alterada				

Tônus Muscular

	Membro Sup. D.	Membro Sup. E.	Membro Inf. D.	Membro Inf. E.
Tônus				
Se alterado, caracterizar: <input type="checkbox"/> Hipotonia <input type="checkbox"/> Hipertonia <input type="checkbox"/> Roda denteada <input type="checkbox"/> Plástica <input type="checkbox"/> Espasmos				
<input type="checkbox"/> Laseque <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Kernig <input type="checkbox"/> Brudzinski				
Observação: confirmar <u>Laseque</u> deitado com teste de <u>Bragard</u>				

Reflexos

	<u>Bicipital</u>	<u>Tricipital</u>	Patelar	<u>Babinski</u>	Abdominal
Direito					
<input type="checkbox"/> Esquerdo					
Legenda 0 = Normal; 1 = <u>Hiporreflexia</u> ; 2 = <u>Hiperreflexia</u> ; 3 = <u>Clonus</u>					

Marcha e movimentos

Marcha: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Marcha alterada
Se alterada: <input type="checkbox"/> <u>Coréia</u> <input type="checkbox"/> <u>Atetose</u> <input type="checkbox"/> <u>Mioclonia</u> <input type="checkbox"/> <u>Balismo</u> <input type="checkbox"/> <u>Distonia</u>

Equilíbrio

<u>Romberg</u> :

Hipóteses diagnósticas:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Encaminhamentos:**Conclusões****Diagnóstico laboratorial**

- Hemograma completo, com contagem de reticulócitos
- Bioquímicos: ureia, creatinina, proteínas totais e frações; bilirubinas totais e frações; fosfatase alcalina; TGO; TGP; GAMA-GT; TSH, glicemia de jejum, Colesterol total e frações, triglicerídeos, VRDL
- Dosagem de colinesterase plasmática
- Dosagem de acetilcolinesterase verdadeira
- Outros:

OBS: CASO NÃO TENHA SIDO NOTIFICADO NO SINAN, FAZER A NOTIFICAÇÃO.

Avaliador

Data

Assinatura

4- QUESTIONÁRIO SRQ-20

A seguir serão feitas algumas perguntas sobre assuntos mais pessoais. Procure fazer as perguntas com calma e segurança. Se necessário, leia novamente a pergunta.

1. Você tem dores de cabeça freqüentes?	(0) Não	(1) Sim
2. Você tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim
3. Você dorme mal?	(0) Não	(1) Sim
4. Você se assusta com facilidade?	(0) Não	(1) Sim
5. Você tem tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim
6. Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(0) Não	(1) Sim
7. Você tem má digestão?	(0) Não	(1) Sim
8. Você sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim
9. Você tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim
10. Você tem chorado mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim
11. Você consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim
12. Você tem dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim
13. Você acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim
14. Você acha que tem um papel útil na sua vida?	(0) Não	(1) Sim
15. Você tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim
16. Você se sente uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim
17. Alguma vez você pensou em acabar com sua vida?	(0) Não	(1) Sim
18. Você se sente cansado o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim
19. Você sente alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim
20. Você se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim



Avaliador	Data
Assinatura	

