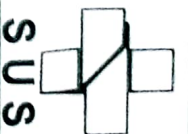




**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INIMUTABA**  
**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS**  
**DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO**



**A 1 - Localidade da Unidade Domiciliar**

Código do Município	Nome do Município	Data da Atividade ____ / ____ / ____	Atividade <input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Visita ao PIT s/ Notif <input type="checkbox"/> 4 - Visita ao PIT c/ Notif <input type="checkbox"/> 5 - At. Notif.
Código da Localidade	Nome da Localidade		

Nº Casa	Compl.	Pendências da Pesquisa	Pendências da Borrifação
	<input type="checkbox"/> 1 - Recusa	<input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada	<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada

Nome do Morador	Nº de Hab.	Nº Anexos

**2 - Dados da Pesquisa e Borrifação - tipo de Parede**

<input type="checkbox"/> 1 - Alvenaria c/ Reb.	<input type="checkbox"/> 2 - Alvenaria s/ Reb.	<input type="checkbox"/> 3 - Barro c/ Reb.	<input type="checkbox"/> 4 - Barro s/ reb.	<input type="checkbox"/> 5 - Madeira	<input type="checkbox"/> 6 - Outros
--	--	--	--	--------------------------------------	-------------------------------------

**Tipo de Teto**

<input type="checkbox"/> 1 - Telha	<input type="checkbox"/> 2 - Palha	<input type="checkbox"/> 3 - Madeira	<input type="checkbox"/> 4 - Metálico	<input type="checkbox"/> 5 - Outros	<input type="checkbox"/> 1 - Nova	<input type="checkbox"/> 2 - Demolida
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

Intradomiciliar			Peridomicílio				
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilização	Captura	Vestígios	Local de Captura	
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Coz.	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Out.	<input type="checkbox"/> N.º de Carga	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinh.	
Tipo de Desalojante			Tipo de inseticida			<input type="checkbox"/> Chiqui.	<input type="checkbox"/> Paiol.
						<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro
						N.º de Carga	

N.º do PIT	N.º Notif. P/PIT	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde

Data do Visio	Visio de Chefe da Equipe	Etiqueta