

Dados Paraisópolis *COVID - 19*

Setembro/2020





Relatório Gerencial COVID-19



Unidade

Multiple selections

Tipo da Notificação

Multiple selections

Mês da Notificação

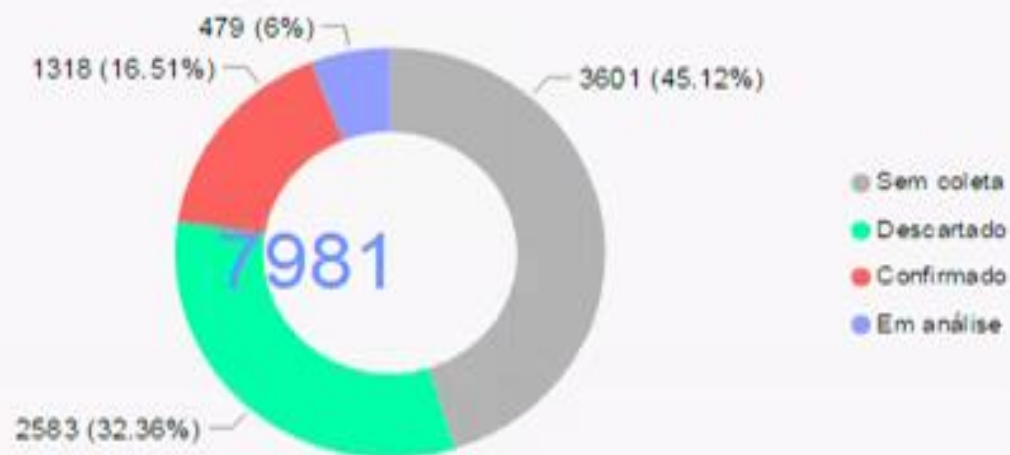
All

17 de September

Data de Atualização



Total de Notificações COVID-19



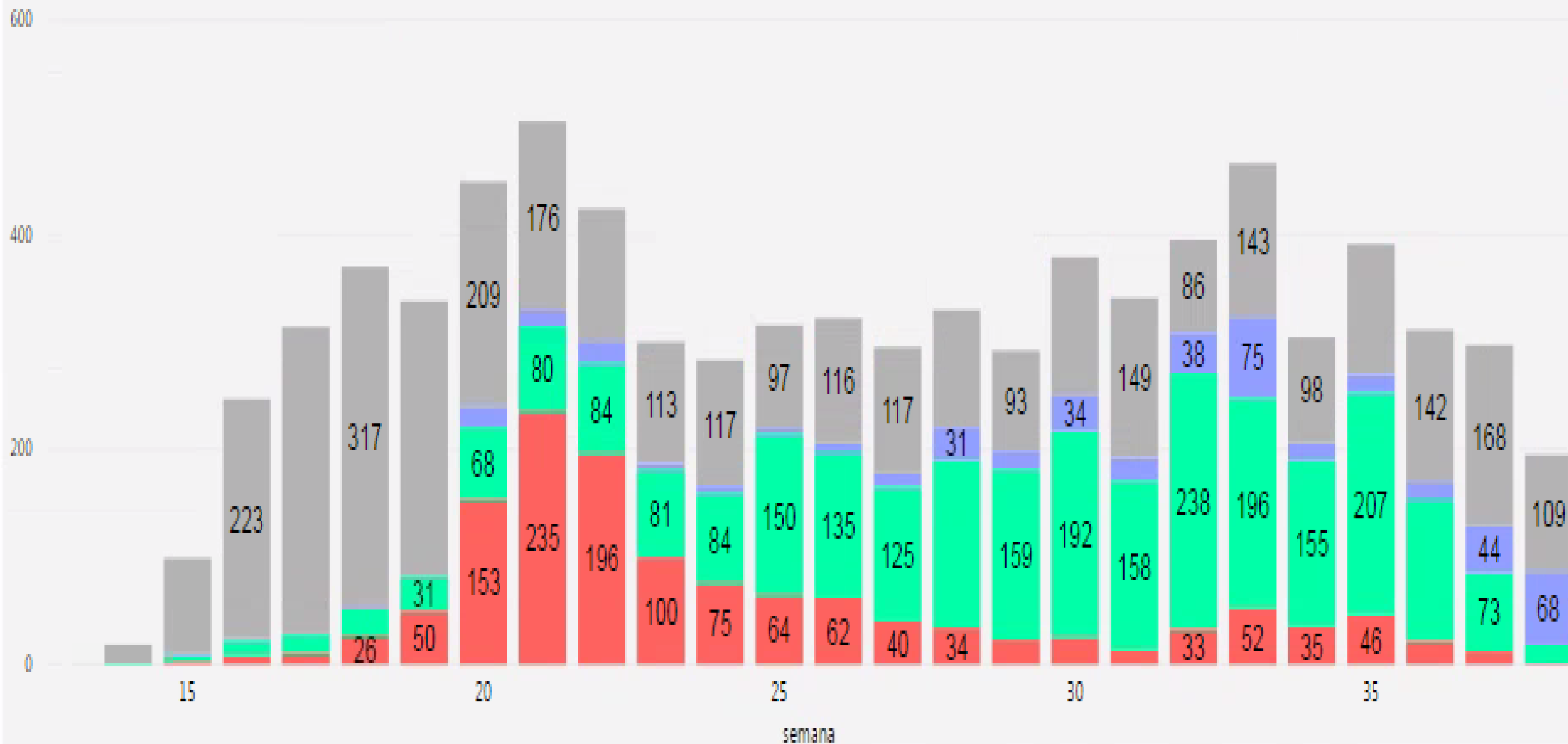
Notificações por unidade COVID-19



Taxa de Notificações /1000 cadastrados (unidade de vínculo)

Quantidade de notificações por SÍNDROME GRIPAL semana epidemiológica

● Confirmado ● Descartado ● Em análise ● Sem coleta



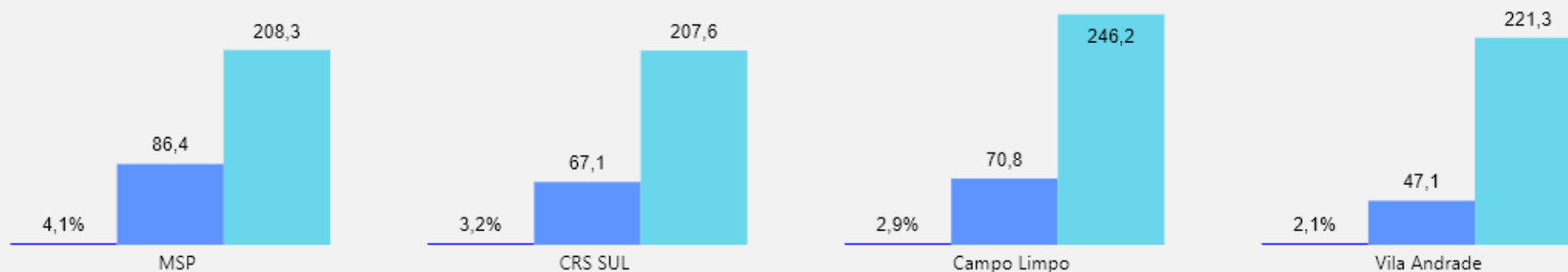
Combate à Covid-19 | Dados Covisa

6.106 casos confirmados no território de Campo Limpo e Vila Andrade – COVISA

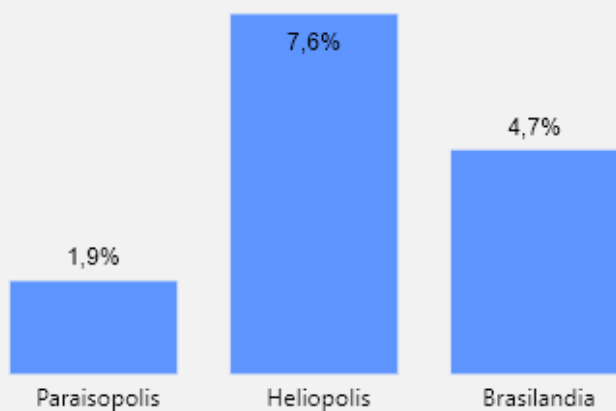
Mais de 30 mil notificações pelos nossos serviços, com cerca de 6.000 casos confirmados

Letalidade, mortalidade e incidência

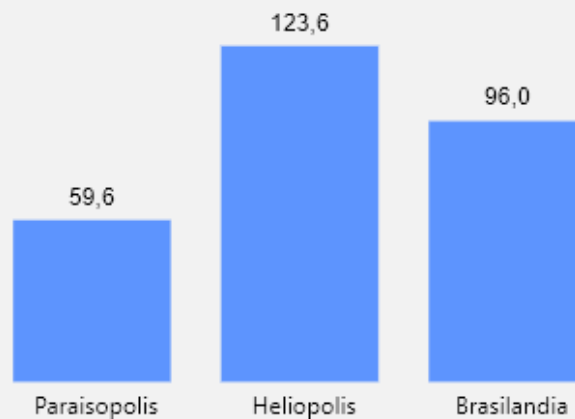
● Letalidade ● Mortalidade ● Incidência



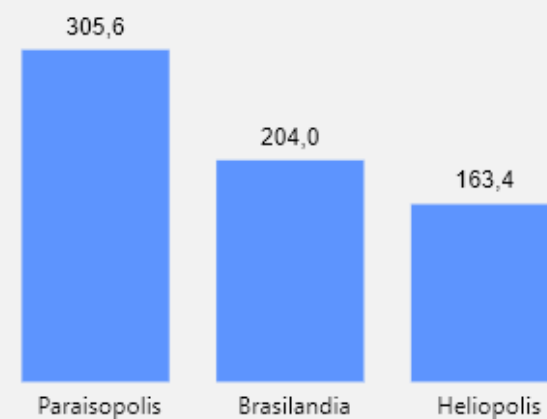
Letalidade %



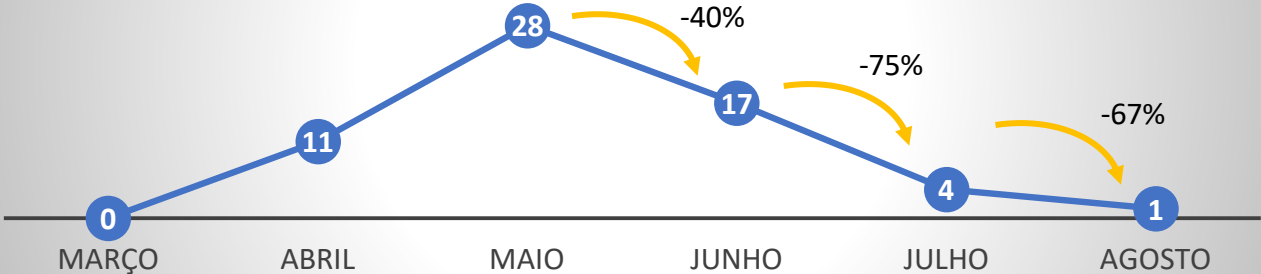
Mortalidade por 100.000 habitantes



Incidência por 10.000 habitantes

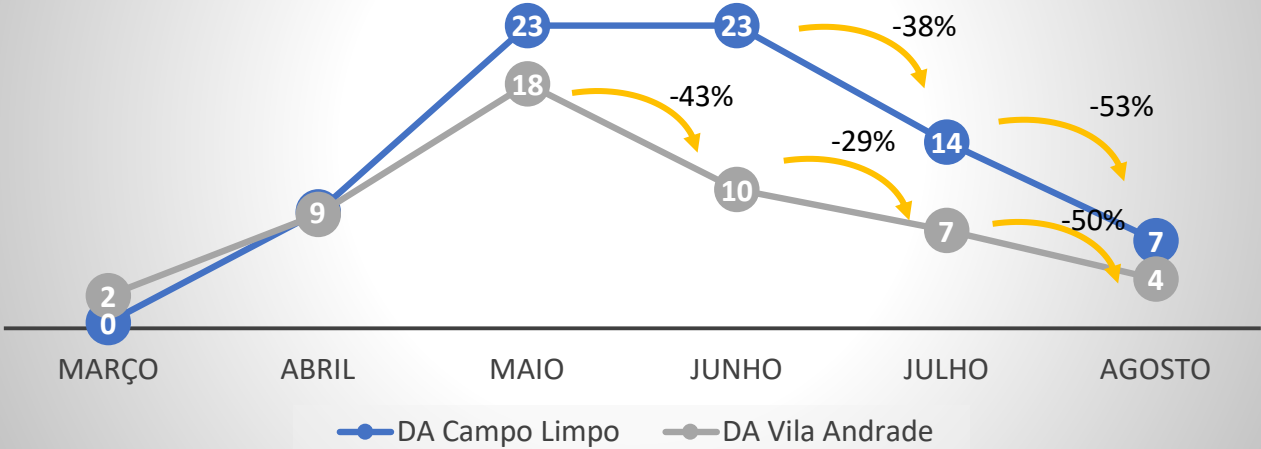


Taxa de mortalidade por COVID-19 em Paraisópolis, por 100 mil habitantes*

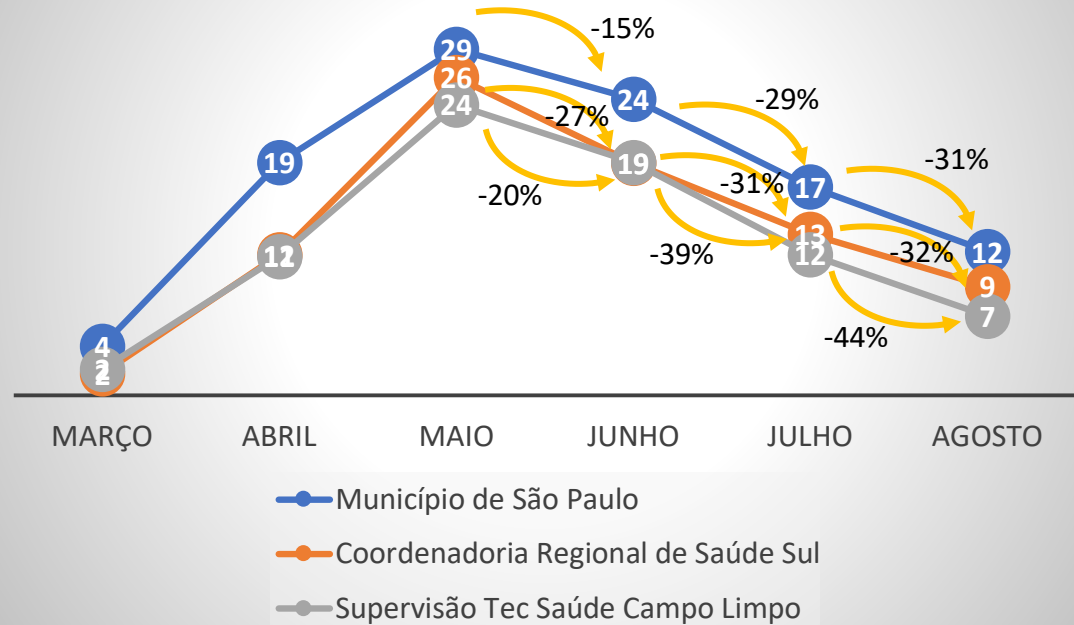


De Maio a Agosto, Paraisópolis teve queda de 95% na taxa de mortalidade por COVID-19, enquanto que o distrito de Vila Andrade teve queda de 80% e o município de São Paulo, de 58%. A Coordenadoria Sul teve queda de 66% e a Supervisão do Campo Limpo, que engloba os distritos do Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo, teve queda de 73%.

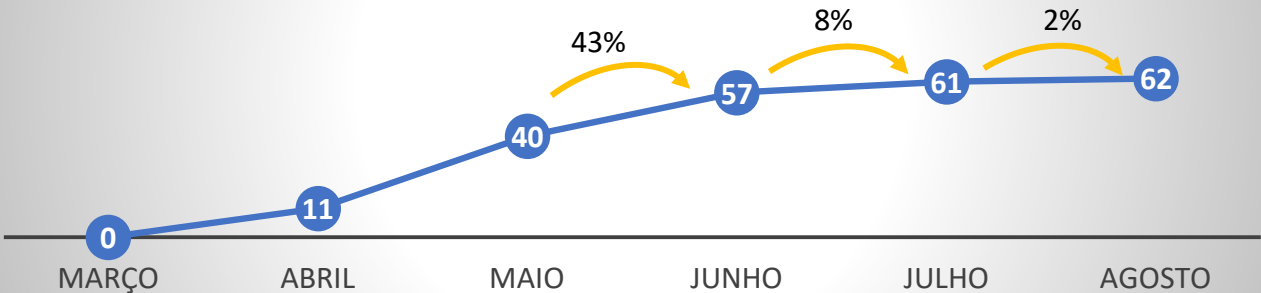
Taxa de mortalidade por COVID-19 nos distritos, por 100 mil habitantes



Taxa de mortalidade por COVID-19 no município, por 100 mil habitantes

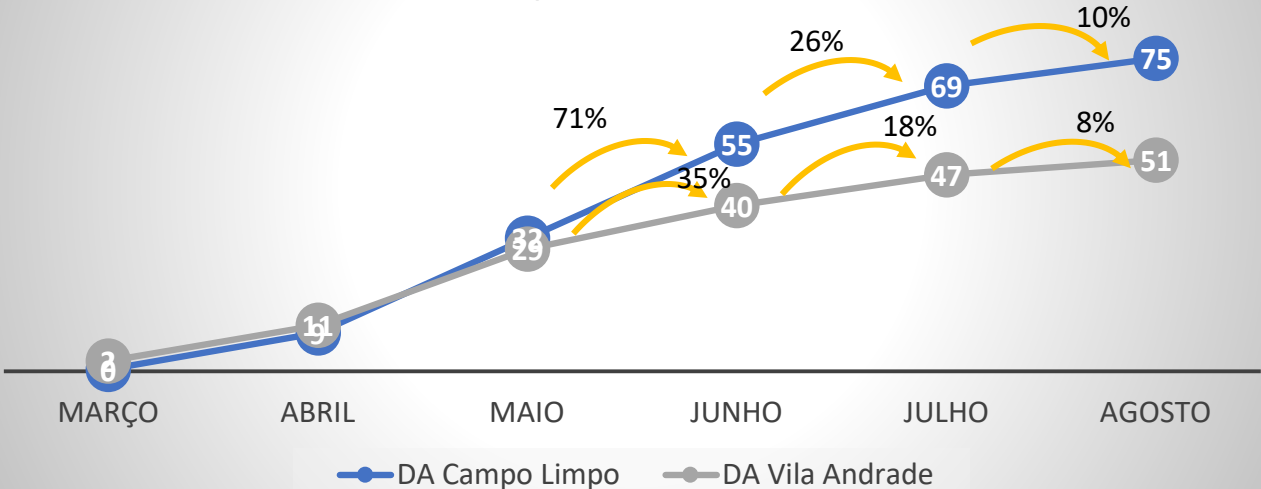


Taxa de mortalidade acumulada por COVID-19 em Paraisópolis, por 100 mil habitantes*

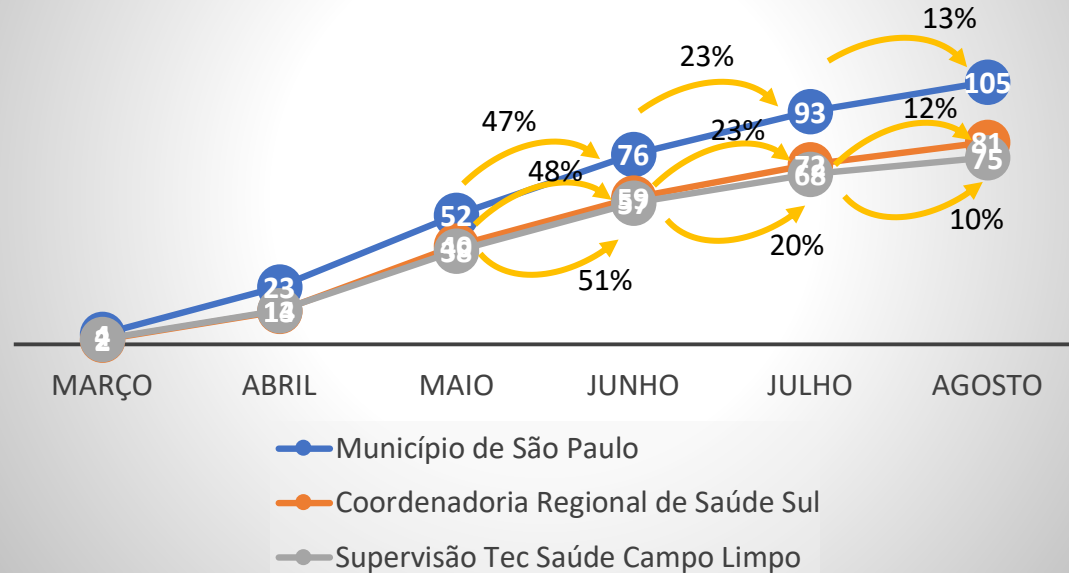


De Maio a Agosto, Paraisópolis teve aumento de 57% na taxa acumulada de mortalidade por COVID-19, enquanto que o distrito de Vila Andrade teve aumento de 73% e o município de São Paulo, de 103%. A Coordenadoria Sul teve aumento de 105% e a Supervisão do Campo Limpo, que engloba os distritos do Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo, teve aumento de 99%.

Taxa de mortalidade acumulada por COVID-19 nos distritos, por 100 mil habitantes

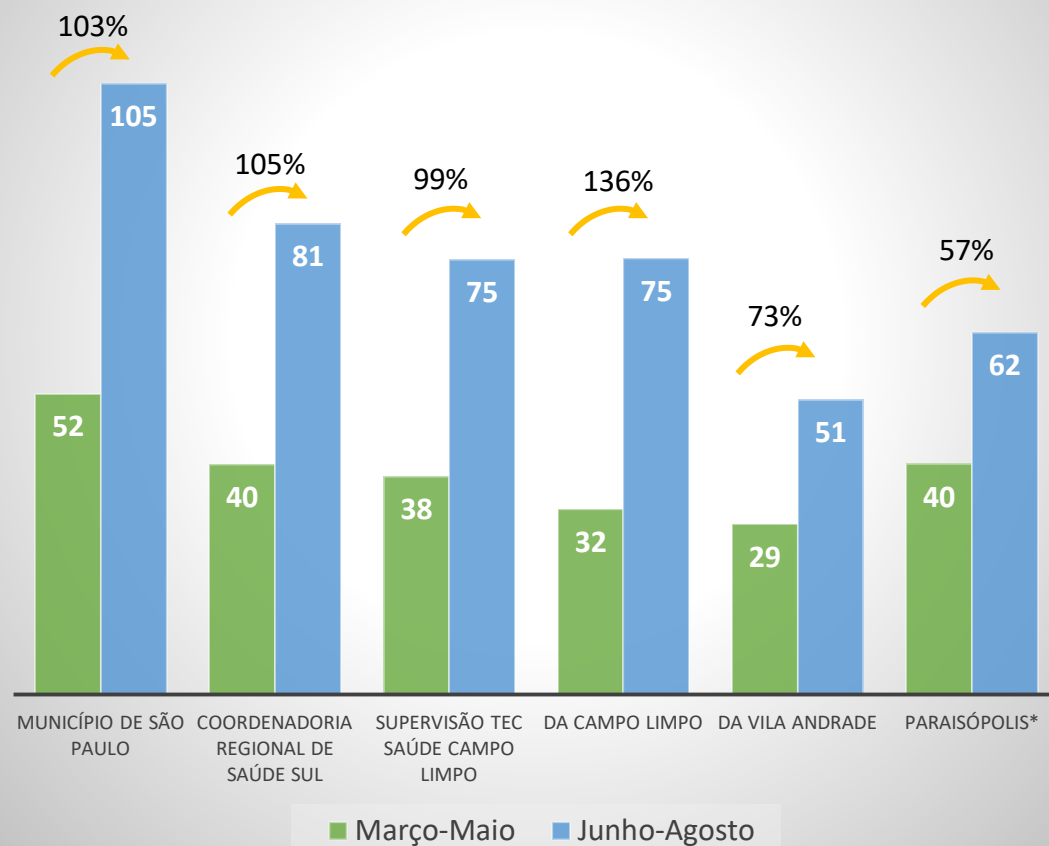


Taxa de mortalidade acumulada por COVID-19 no município, por 100 mil habitantes

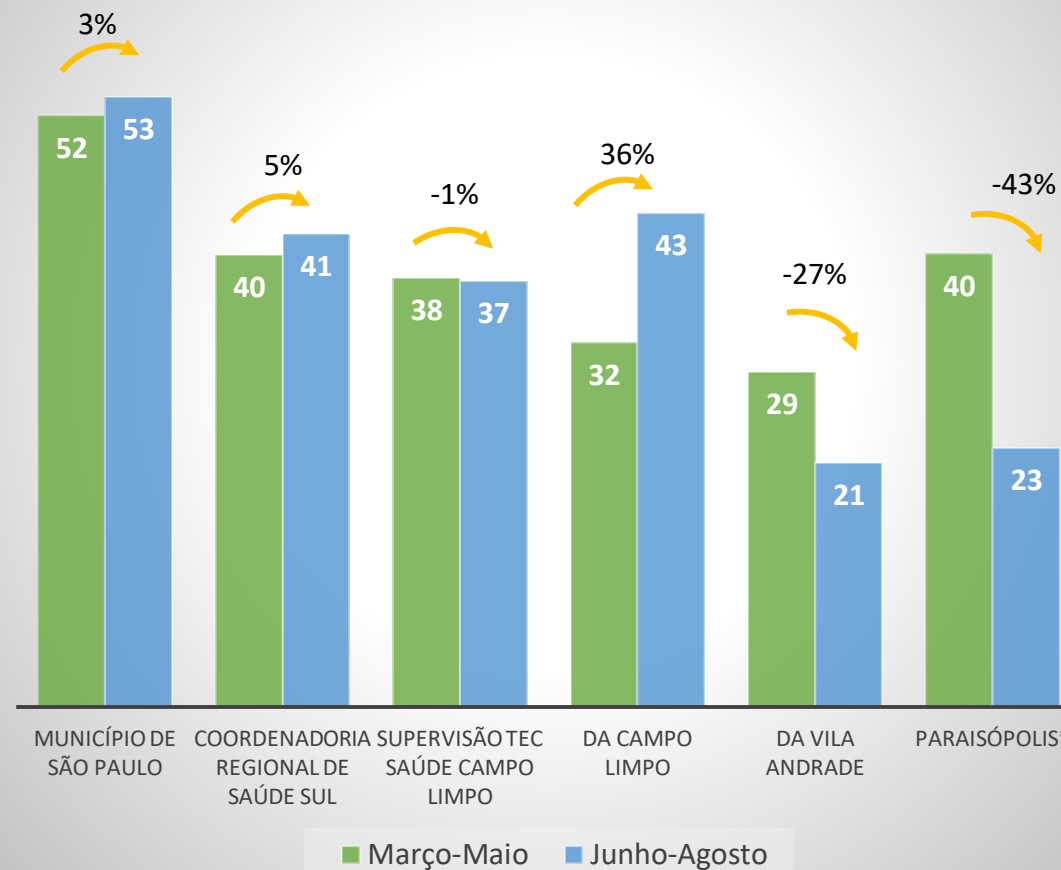


Combate à Covid-19 | Evolução da mortalidade mensal acumulada

Taxa de mortalidade acumulada por COVID-19



Taxa de mortalidade por COVID-19 nos períodos



Óbitos – Confirmado, Suspeito e Total

Data	MSP	CRSSUL	* CAMPO LIMPO *	Campo Limpo	Capão Redondo	Vila Andrade
Março	51	51	15	1	10	4
Abril	326	326	80	21	45	14
Maio	735	735	165	52	83	30
Junho	538	538	132	52	63	17
Julho	373	373	80	32	36	12
Agosto	252	252	45	15	24	6
Setembro	4	4	1	0	1	0
TOTAL GERAL	2279	2279	518	173	262	83

Fonte: SIM/SMS-SP/ DEF=T:\Óbitos\OBITO
 COVID.def/ COVID_200903.DBF
 Causa (3C): B34 Doença p/vírus de localiz NE/
 Causa (3C): U04 SRAG - Casos suspeitos de
 COVID 19
 Dados extraídos em 01.07.2020; atualizados
 até **03.09.20**

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

- Número do Caso no SIVEP Gripe: _____
- Nome: _____
- Nome da mãe: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____ (dd / mm / aaaa)
- Idade: _____ anos _____ meses
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- Endereço de residência: _____
- CEP: _____
- Telefone residencial: (____) _____-____
- Telefone celular: (____) _____-____
- Bairro de residência: _____
- Distrito administrativo de residência: _____
- UVIS de residência: _____

II. DADOS PESSOAIS

- O paciente fez algum tratamento médico que necessitasse de consultas frequentes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente tinha alguma doença? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Em caso afirmativo, qual doença? _____
- O paciente tinha doença pulmonar? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se doença pulmonar, especifique: _____
- O paciente tinha doença cardíaca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

- Se doença cardíaca, especifique: _____
- O paciente tinha imunodepressão ou imunodeficiência? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente tinha HIV? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente tinha AIDS? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente foi transplantado? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique qual: _____
- Data do transplante: ____/____/____ (dd / mm / aaaa)
- O paciente tinha doença hepática? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique qual: _____
- O paciente tinha doença neurológica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique qual: _____
- O paciente tinha doença hematológica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique qual doença hematológica? _____
- O paciente tinha doença renal? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique qual doença renal? _____
- O paciente tinha Síndrome de Down? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente tinha diabetes mellitus? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente tinha câncer? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- Se sim, especifique em qual local e tipo? _____
- O paciente fazia quimioterapia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- O paciente fazia radioterapia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
- A paciente estava em período de puerpério (42 dias após o parto)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Não se aplica

Atendimento Diário / Monitoramento

UNIDADE DE SAUDE	N. DE ATENDIMENTOS DIARIOS DE SR	PACIENTES MONITORADOS
AMA PARAISOPOLIS	60	0
PARAISOPOLIS I	20	50
PARAISOPOLIS II	15	87
PARAISOPOLIS III	16	64

OBRIGADA !!!