

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.
Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença COQUELUCHE		Código (CID10) A 37.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado				
	35 Nome do Contato				
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado				38 Data da Última Dose
Dados Clínicos	39 Data do Início da Tosse				
	40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____				
	41 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____				

