

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	DIFTERIA		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 36.9	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 à 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 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (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		
	34 Nome do Contato		
Dados Clínicos	35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado	37 Data da Última Dose	
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Edema Ganglionar <input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Edema de Pescoço <input type="checkbox"/> Pseudomembrana <input type="checkbox"/> Palidez
	39 Temperatura Corporal _____ °C	40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	Complicações 41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada)			

Atendimento	42 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 Data da Internação	44 UF	45 Município do Hospital	Código (IBGE)
	46 Nome do Hospital	Código			

Dados do Laboratório	47 Material Coletado 1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	48 Data da Coleta
	49 Cultura para Difteria 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	50 Provas de Toxigenicidade 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado

Tratamento	51 Data da Aplicação do Soro	52 Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	53 Data de Adm. do Antibiótico
-------------------	------------------------------	--	--------------------------	--------------------------------

Medidas de Controle	54 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	55 Se Sim, Quantos?	56 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	57 Realizada Coleta de Material dos Comunicantes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	58 Se Sim, Em Quantos?	59 Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes ?	<input type="checkbox"/>

Conclusão	61 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	<input type="checkbox"/>	62 Critério de Confirmação/Descarte 1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clinico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clinico 6-Necropsia	<input type="checkbox"/>
	63 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	64 Evolução 1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	65 Data do Óbito	66 Data do Encerramento		

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Difteria	Sinan NET	SVS 09/06/2006