

CASO SUSPEITO: Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
	Febre Maculosa / Rickettsioses		A 77.9			
	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		11		12		13		14		Escolaridade	
	(ou) Idade		Sexo		Gestante		Raça/Cor		0-Analfabeto		1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	
15			16			Número do Cartão SUS			Nome da mãe			
17		18		Código (IBGE)		19		Distrito				
UF		Município de Residência										
20			21			Código						
Bairro			Logradouro (rua, avenida,...)									
22		23		24		Geo campo 1						
Número		Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 2								
25			26			27			CEP			
Geo campo 2			Ponto de Referência									
28			29			30			País (se residente fora do Brasil)			
(DDD) Telefone			Zona									
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado									

Dados de Residência	17		18		Código (IBGE)		19		Distrito			
	UF		Município de Residência									
	20			21			Código					
	Bairro			Logradouro (rua, avenida,...)								
22		23		24		Geo campo 1						
Número		Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 2								
25			26			27			CEP			
Geo campo 2			Ponto de Referência									
28			29			30			País (se residente fora do Brasil)			
(DDD) Telefone			Zona									
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado									

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	31		32		Data da Investigação		Ocupação	
	33		34		35		36	
	Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Dor Abdominal		<input type="checkbox"/> Mialgia		
<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito		<input type="checkbox"/> Exantema		<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Icterícia		
<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival		<input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia		<input type="checkbox"/> Petéquias		<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas		
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia		<input type="checkbox"/> Convulsão		<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades		<input type="checkbox"/> Prostração		
<input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão		<input type="checkbox"/> Estupor/Coma		<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica		<input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias		
<input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria		<input type="checkbox"/> Outros: _____						

Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)

Epidemiologia	34		35		Teve contato com animais?		Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.				
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
<input type="checkbox"/> Carrapato		<input type="checkbox"/> Capivara		<input type="checkbox"/> Cão/Gato		<input type="checkbox"/> Bovinos		<input type="checkbox"/> Equinos		<input type="checkbox"/> Outros animais: _____	

Tratamento	36		37		38		39	
	Ocorreu Hospitalização		Data da Internação		Data da Alta		UF	
1- Sim 2- Não 9- Ignorado								
40			41			Código		
Município do Hospital			Nome do Hospital					

Dados Laboratoriais Específicos

42 Diagnóstico laboratorial 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

43 Sorologia

	IgM	Titulos	IgG	Titulos
Data da Coleta S1	1 - Reagente 2 - Não-Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	S1 <input type="checkbox"/> 1 : _____	S1 <input type="checkbox"/> 1 : _____	_____
Data da Coleta S2		S2 <input type="checkbox"/> 1 : _____	S2 <input type="checkbox"/> 1 : _____	_____

Isolamento

44 Data da Coleta 45 Resultado do isolamento 46 Agente

1-Detectado 2-Não Detectado 3 - Não realizado

Histopatologia **Imunohistoquímica**

47 Resultado 48 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Conclusão

49 Classificação Final 50 Critério de Confirmação/Descarte 51 Se descartado, Especificar diagnóstico

1- Confirmado 2- Descartado

1 - Laboratório
2 - Clínico-Epidemiológico
3 - Clínico

LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO

52 O caso é autóctone do município de residência? 53 UF 54 País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

55 Município Código (IBGE) 56 Distrito 57 Bairro

CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO

58 Zona 59 Ambiente

1- Urbana 2- Rural 3- Peri-urbana 9- Ignorado

1- Domiciliar 2- Trabalho 3- Lazer 4- Outro 9- Ignorado

60 Doença Relacionada ao Trabalho 61 Evolução

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

1 - Cura 2 - Óbito por febre maculosa
3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado

62 Data do óbito 63 Data do encerramento

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

Febre Maculosa Sinan NET SVS 19/09/2006