

**CASO SUSPEITO (área não endêmica):** Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

|              |  |                            |        |                         |   |                             |  |
|--------------|--|----------------------------|--------|-------------------------|---|-----------------------------|--|
| Dados Gerais | 1  | Tipo de Notificação        |        | 2 - Individual          |   |                             |  |
|              | 2  | Agravado/doença            |        | MALÁRIA                 |   |                             |  |
|              | 3  | Data da Notificação        |        | Código (CID10)<br>B 5 4 |   |                             |  |
| 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<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano | 11 | Sexo | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12                 | Gestante |
|                        | 14 |            | Escolaridade                              |    | 13   |   | Raça/Cor           |          |
|                        | 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                           |    | 30     |          | País (se residente fora do Brasil) |  |
|                     | 1 - Urbana<br>2 - Rural<br>3 - Periurbana<br>9 - Ignorado |                |                            |    |               |                                |    |        |          |                                    |  |

**Dados Complementares do Caso**

|   |    |  |  |                 |  |                                  |  |    |  |           |  |
|---|----|--|--|-----------------|--|----------------------------------|--|----|--|-----------|--|
| Atendimento Epidemiológico  | 31 | Data da Investigação                     |  | 32              |  | Ocupação                         |  |    |  |           |  |
|   | 33 | Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: |  | 34              |  | Tipo de lâmina                   |  | 35 |  | Sintomas: |  |
| 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal<br>7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista<br>99-Ignorado |    |  |  | 1-BP 2-BA 3-LVC |  | 1-Com sintomas<br>2-Sem sintomas |  |    |  |           |  |

|   |  |                           |  |    |  |                     |  |    |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------|--|----|--|---------------------|--|----|--|---------------------------------|--|
| Dados do Exame  | 36   | Data do Exame:            |  | 37 |  | Resultado do Exame: |  | 38 |  | Parasitas por mm <sup>3</sup> : |  |
|   | 1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V;<br>6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O |                           |  |    |  |                     |  |    |  |                                 |  |
| 39  |  | Parasitemia em "cruzes".: |  |    |  |                     |  |    |  |                                 |  |
| 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes) |  |                           |  |    |  |                     |  |    |  |                                 |  |

|            |  |   |  |    |  |                            |  |
|------------|--|---|--|----|--|----------------------------|--|
| Tratamento | 40   | Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária |  | 41 |  | Data Início do Tratamento: |  |
|            | 1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias;<br>2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia;<br>3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias;<br>4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias;<br>5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias;<br>6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia;<br>7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias;<br>8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia;<br>9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias;<br>10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses;<br>11- Malária grave e complicada<br>12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrina em 3 dias<br>99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever: |   |  |    |  |                            |  |

|                  |  |  |   |
|------------------|--|--|---|
| <b>Conclusão</b> | <b>42</b> Classificação Final <input type="checkbox"/><br>1-Confirmado 2-Descartado                              |  |   |
|                  | <b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>   |  |   |
|                  | <b>43</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | <b>44</b> UF provável de infecção<br><input type="text"/>          | <b>45</b> País provável de infecção<br><input type="text"/> |
|                  | <b>46</b> Município provável da infecção:  | Código (IBGE)<br><input type="text"/>                              | <b>47</b> Distrito<br><input type="text"/>                  |
|                  | <b>48</b> Bairro<br><input type="text"/>   | <b>49</b> Localidade provável da infecção:<br><input type="text"/> | <b>50</b> Data de Encerramento<br><input type="text"/>      |

**Observações adicionais:**

---



---



---



---



---

|                             |   |                                       |  |  |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|--|--|
| <b>SMS-UF<br/>Município</b> | Nome do Paciente:                         |                                       | Idade:                                     | Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/><br>2-Feminino |
|                             | Nº da notificação<br><input type="text"/> | Data do exame<br><input type="text"/> | Resultado do exame<br><input type="text"/> | Matricula e nome do examinador:<br><input type="text"/>  |

Malária    Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente    Sinan NET    SVS    01/01/2010