

**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 <b>COQUELUCHE</b>		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 _____				

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			
Tratamento	47 Utilizou Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	48 Data de Adm. do Antibiótico			
Dados Lab.	49 Coleta de Material da Nasofaringe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	50 Data da Coleta de Material	51 Resultado da Cultura 1-Positiva 2-Negativa 3-Não Realizada 9-Ignorado		
Medidas de Controle	52 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Se Sim, Quantos?	54 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado		
	55 Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se Sim, Em Quantos?	57 Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo?	58 Medidas de prevenção/controle 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
Conclusão	59 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	60 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico			
	61 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	62 Evolução 1 - Cura 2 - Óbito por coqueluche 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
	63 Data do Óbito	64 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 necrópsia, etc.)


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