

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										
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)								
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7		Data dos Primeiros Sintomas						
	8	Nome do Paciente			9			Data de Nascimento					
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor					
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	31	Data da Investigação		32		Ocupação	
	33						Sinais e Sintomas
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	Teve contato com animais?		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: _____					
35						Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						<input type="checkbox"/>

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

Dados Laboratoriais Específicos	42	Diagnóstico laboratorial	1- Sim	2- Não	9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	
	43	Sorologia					
		Data da Coleta S1	1 - Reagente	IgM	Titulos	IgG	Titulos
		Data da Coleta S2	2 - Não-Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1 :	S1 <input type="checkbox"/>	1 :
		3 - Inconclusivo	S2 <input type="checkbox"/>	1 :	S2 <input type="checkbox"/>	1 :	
		4 - Não Realizado					
	Isolamento						
	44	Data da Coleta	45	Resultado do isolamento	46	Agente	
			1-Detectado	2-Não Detectado	3 - Não realizado	<input type="checkbox"/>	
	Histopatologia			Imunohistoquímica			
	47	Resultado	48	Resultado			
		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		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	Assinatura
	Função	

Febre Maculosa Sinan NET SVS 19/09/2006