

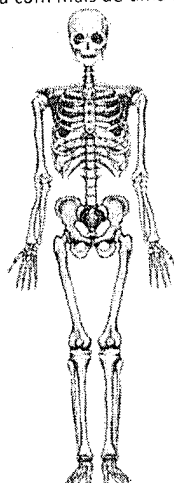
Dados laboratoriais

Exame Sorológico (IgM)	Data da Coleta	___/___/___	Resultado	_____
Exame Sorológico (IgG)	Data da Coleta	___/___/___	Resultado	_____
RT-PCR	Data da Coleta	___/___/___	Resultado	_____
Isolamento Viral	Data da Coleta	___/___/___	Resultado	_____
Outros agravos investigados (marcar se investigado e o resultado):				
<input type="checkbox"/> Dengue	IgM	Data da Coleta	___/___/___	Resultado
	RT-PCR	Data da Coleta	___/___/___	Resultado
<input type="checkbox"/> Malária		Data da Coleta	___/___/___	Resultado
Outras doenças em investigação (detalhar):				

Dados Clínicos

Hospitalização?	Internação	___/___/___	Alta	___/___/___	Nome do hospital, município:	_____
Febre?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Dor nas costas?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Manifestações na pele? 1- Sim 2- Não (se sim especificar): _____						
Mialgia?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Cefaléia?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Vômito?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Diarréia?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Manifestações hemorrágicas (local)?			1- Sim 2- Não 9- Ignorado: _____			
Sintomas respiratórios (se sim especificar): _____						
Outros sinais, sintomas e condições prévias:						

Marcar as articulações afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte: D: dor; E: edema; Ar: Derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra).



Informações complementares e observações

Observações adicionais

Investigador	Município/Unidade da Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função