

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
		FEBRE AMARELA		A 9 5.9		
	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	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14	Escolaridade						
	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)	

Dados Complementares do Caso

Ocupação	31	Data da Investigação	32	Ocupação
----------	----	----------------------	----	----------

Antecedentes Epidemiológicos	33	Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias					
		<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)					
	34	Vacinado Contra Febre Amarela		35	Caso Afirmativo, Data	36	UF
	37	Município	Código (IBGE)	38	Unidade de Saúde	Código	

Dados Clínicos	39	Sinais e Sintomas		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)			
		<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)			

Atendimento	40	Ocorreu Hospitalização?		41	Data da Internação	42	UF
	43	Município	Código (IBGE)	44	Unidade de Saúde	Código	

Dados do Laboratório	45	Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)			
		Bilirrubina Total _____ mg/dl AST (TGO) _____ UI Bilirrubina Direta _____ mg/dl ALT (TGP) _____ UI			

Dados laboratoriais

Exame Sorológico (IgM)

46 Data da Coleta (1ª Amostra) 47 Resultado da 1ª amostra 48 Data da Coleta (2ª Amostra) 49 Resultado da 2ª amostra
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Isolamento Viral

50 Material Coletado 51 Data da Coleta 52 Resultado do isolamento
 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado

Histopatologia

53 Resultado
 1- Compatível 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado

Imunohistoquímica

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

RT-PCR

55 Data da Coleta 56 Resultado
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Conclusão

57 Classificação Final 58 Critério de Confirmação/Descarte
 1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
 3 - Descartado (especificar _____)

Local Provável de Infecção

59 Caso autóctone do município de residência 60 UF 61 País 62 Município Código (IBGE)
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

63 Distrito 64 Bairro 65 Localidade

66 Doença Relacionada ao Trabalho 67 Atividade desenvolvida no local provável de infecção
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Trabalho 2 - Turismo 3 - Lazer 9 - Ignorado

68 Evolução do Caso 69 Data do Óbito 70 Data do Encerramento
 1-Cura 2-Óbito por febre amarela 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado

Informações complementares e observações

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

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