

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-papuloso 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								
Dados Clínicos	<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: _____
Tratamento	35	Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.							<input type="checkbox"/>			
	1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado							
Tratamento	36	Ocorreu Hospitalização		<input type="checkbox"/>		37	Data da Internação	38	Data da Alta	39	UF	
	1- Sim		2- Não		9- Ignorado							
Tratamento	40	Município do Hospital		Código (IBGE)		41		Nome do Hospital	Código			

Dados Laboratoriais Específicos

42 Diagnóstico laboratorial 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

43 Sorologia

	IgM	Titulos	IgG	Titulos
Data da Coleta S1	1 - Reagente 2 - Não-Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	S1 <input type="checkbox"/> 1 : _____	S1 <input type="checkbox"/> 1 : _____	_____
Data da Coleta S2		S2 <input type="checkbox"/> 1 : _____	S2 <input type="checkbox"/> 1 : _____	_____

Isolamento

44 Data da Coleta 45 Resultado do isolamento 46 Agente

1-Detectado 2-Não Detectado 3 - Não realizado

Histopatologia 47 Resultado

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

Imunohistoquímica 48 Resultado

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 Função Assinatura

Febre Maculosa Sinan NET SVS 19/09/2006