



CASO SUSPEITO DE DENGUE: PESSOA QUE VIVA OU TENHA VIAJADO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS PARA ÁREA ONDE ESTEJA OCORRENDO TRANSMISSÃO DE DENGUE OU TENHA PRESENÇA DE *A.E.AEGYPTI* QUE APRESENTE FEBRE, USUALMENTE ENTRE 2 E 7 DIAS, E APRESENTE DUAS OU MAIS DAS SEGUINTE MANIFESTAÇÕES: NÁUSEAS, VÔMITOS, EXANTEMA, MIALGIAS, CEFALEIA, DOR RETROORBITAL, PETÉQUIAS OU PROVA DO LAÇO POSITIVA E LEUCOPENIA.

CASO SUSPEITO DE CHIKUNGUNYA: FEBRE DE INÍCIO SÚBITO E ARTRALGIA OU ARTRITE INTENSA COM INÍCIO AGUDO, NÃO EXPLICADO POR OUTRAS CONDIÇÕES, QUE RESIDA OU TENHA VIAJADO PARA ÁREAS ENDÊMICAS OU EPIDÊMICAS ATÉ 14 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS, OU QUE TENHA VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM UM CASO IMPORTADO CONFIRMADO.

DADOS GERAIS	TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL	AGRAVO / DOENÇA 1 - DENGUE 2 - CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/> CÓDIGO (CID 10) A 90 A 92	DATA DA NOTIFICAÇÃO
	UF	MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
	UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	NOME DO PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
	(OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE	4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA
	ESCOLARIDADE			RAÇA / COR
	NÚMERO DO CARTÃO SUS			1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
	NOME DA MÃE			

DADOS DA RESIDÊNCIA	UF	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO
	LOGRADOURO (RUA, AVENIDA)		NÚMERO	COMPLEMENTO (APTO, CASA)
	BAIRRO	CÓDIGO	GEO CAMPO 1	GEO CAMPO 2
	PONTO DE REFERÊNCIA			CEP
	(DDD) TELEFONE	ZONA 1 - URBANA 3 - PERIURBANA 2 - RURAL 9 - IGNORADO	PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

INV.	DATA DA INVESTIGAÇÃO	OCUPAÇÃO
-------------	----------------------	----------

DADOS CLÍNICOS	SINAIS CLÍNICOS 1 - SIM 2 - NÃO	
	<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> CEFALEIA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> EXANTEMA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE <input type="checkbox"/> ATRALGIA INTENSA <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA <input type="checkbox"/> DOR RETROORBITAL	
	DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTO-IMUNES <input type="checkbox"/> DOENÇAS HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA	

DADOS LABORATORIAIS	SOROLOGIA (IgM) CHIKUNGUNYA		EXAME PRNT		RESULTADO
	DATA DA COLETA DA 1ª AMOSTRA	DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA	DATA DA COLETA	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT	1) REAGENTE 2) NÃO REAGENTE 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO
	SOROLOGIA (IgM) DENGUE		EXAME NS1		RESULTADO
	DATA DA COLETA	RESULTADO 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO	DATA DA COLETA	RESULTADO 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO	
	ISOLAMENTO		RT-PCR		RESULTADO
DATA DA COLETA	RESULTADO 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO	DATA DA COLETA	RESULTADO 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO		
SOROTIPO		HISTOPATOLOGIA		IMUNOHISTOQUÍMICA	
1) DENV 1 3) DENV 3 2) DENV 2 4) DENV 4	1) COMPATÍVEL 2) INCOMPATÍVEL 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO	1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO			

HOSPITALIZAÇÃO	OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/>	DATA DA INTERNAÇÃO	UF	MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
NOME DO HOSPITAL			CÓDIGO	(DDD) TELEFONE	

CONCLUSÃO	LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 15 DIAS) <input type="checkbox"/>		UF	PAÍS	
	O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?				
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				
	MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO	BAIRRO	
CLASSIFICAÇÃO			CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/>	APRESENTAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/>	
5) DESCARTADO 11) DENGUE COM SINAIS DE ALARME 13) CHIKUNGUNYA			1) LABORATÓRIO 3) EM INVESTIGAÇÃO	1) AGUDA	
10) DENGUE 12) DENGUE GRAVE			2) CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	2) CRÔNICA	
EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>			DATA DO ÓBITO	DATA DO ENCERRAMENTO	
1 - CURA 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO					
2 - ÓBITO PELO AGRAVO 4 - ÓBITO EM INVESTIGAÇÃO					

PREENCHER OS SINAIS CLÍNICOS PARA DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE

DADOS CLÍNICOS - DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE	DENGUE COM SINAIS DE ALARME 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			DATA DE INÍCIO DOS SINAIS DE ALARME
	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO POSTURAL E/OU LIPOTÍMIA	<input type="checkbox"/> LETARGIA OU IRRITABILIDADE	<input type="checkbox"/> ACÚMULO DE LÍQUIDOS	
	<input type="checkbox"/> QUEDA ABRUPTA DE PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA >= 2 cm		
	<input type="checkbox"/> VÔMITOS PERSISTENTES	<input type="checkbox"/> AUMENTO PROGRESSIVO DO HEMATÓCITO		
	<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL INTENSA E CONTÍNUA	<input type="checkbox"/> SANGRAMENTOS DE MUCOSA / OUTRAS HEMORRAGIAS		

DADOS CLÍNICOS - DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE	DENGUE GRAVE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			
	EXTRAVASAMENTO GRAVE DE PLASMA		SANGRAMENTO GRAVE	
	<input type="checkbox"/> PULSO DÉBIL OU INDETECTÁVEL	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES FRIAS	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> MELENA
	<input type="checkbox"/> PA CONVERGENTE <= 20	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL EM FASE TARDIA		<input type="checkbox"/> METRORRAGIA VOLUMOSA
	<input type="checkbox"/> TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR	<input type="checkbox"/> ACÚMULO DE LÍQUIDOS COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO DO SNC

DADOS CLÍNICOS - DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE	DENGUE GRAVE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			DATA DE INÍCIO DOS SINAIS DE GRAVIDADE
	COMPROMETIMENTO GRAVE DE ÓRGÃOS			
	<input type="checkbox"/> AST / ALT > 1000	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		
<input type="checkbox"/> MIOCARDITE	<input type="checkbox"/> OUTROS ÓRGÃOS. ESPECIFICAR:			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	FUNÇÃO	N.º DE REGISTRO
	ASSINATURA		