



CASO SUSPEITO: PESSOA COM FEBRE PERSISTENTE, QUE PODE OU NÃO SER ACOMPANHADA DE UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS: CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA), MAL-ESTAR, DOR ABDOMINAL, ANOREXIA (FALTA DE APETITE), DISSOCIAÇÃO PULSO-TEMPERATURA (PULSO LENTO EM RELAÇÃO À TEMPERATURA ALTA), CONSTIPAÇÃO (PRISÃO DE VENTRE) OU DIARRÉIA, TOSSE SECA, ROSÉOLAS TÍFICAS (MANCHAS ROSADAS NO TRONCO) E ESPLENOMEGALIA (BAÇO AUMENTADO DE VOLUME).

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA FEBRE TIFOIDE			CÓDIGO (CID 10) A 01.0	3 DATA DE NOTIFICAÇÃO
	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 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13 RAÇA / COR 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 À 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, ETC.)		CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)		24 GEO CAMPO 1	25 GEO CAMPO 2
	26 PONTO DE REFERÊNCIA				27 CEP
	28 (DDD) TELEFONE		29 ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO			
	33 CONTATO COMPATÍVEL COM CASO DE FEBRE TIFOIDE (ATÉ 45 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)					
	1 - DOMICILIO		2 - VIZINHANÇA		3 - TRABALHO	
	4 - CRECHE / ESCOLA		5 - POSTO DE SAÚDE HOSPITAL		6 - OUTROS ESTADOS / MUNICÍPIOS	
	7 - OUTRO:		8 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO		9 - IGNORADO	
34 NOME DO CONTATO				35 (DDD) TELEFONE		
36 SUGESTÃO DE VÍNCULO COM						
1 - CONSUMO DE ÁGUA NÃO TRATADA		2 - EXPOSIÇÃO À ESGOTO		3 - ALIMENTO SUSPEITO		
4 - DESLOCAMENTO		5 - OUTROS:		9 - IGNORADO		
37 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO						
<input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICO		<input type="checkbox"/> CEFALÉIA		<input type="checkbox"/> VÔMITOS		
<input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA		<input type="checkbox"/> NÁUSEAS		<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO		
<input type="checkbox"/> FEBRE		<input type="checkbox"/> DIARRÉIA		<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> ROSÉOLA TÍFICA				<input type="checkbox"/> ASTENIA		
				<input type="checkbox"/> DISSOCIAÇÃO PULSOTEMPERATURA		
				<input type="checkbox"/> TOSSE		
38 COMPLICAÇÕES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO						
<input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA		<input type="checkbox"/> PERFURAÇÕES INTESTINAIS		<input type="checkbox"/> OUTRAS:		

ATEN- DIMENTO	39 TIPO DE ATENDIMENTO				40 DATA DO ATENDIMENTO	41 UF
	1 - HOSPITALAR 2 - AMBULATORIAL 3 - DOMICILIAR 4 - NENHUM 9 - IGNORADO					

LAB.	44 MATERIAL COLETADO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			45 USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DA COLETA DE MATERIAL		
	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> FEZES	<input type="checkbox"/> URINA	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		

DADOS DO LABORATÓRIO CONT.	46 EXAMES LABORATORIAIS				
	RESULTADO: 1 - SALMONELLA TYPHI 2 - SALMONELLA SPP 3 - NEGATIVO 4 - OUTRO AGENTE (ESPECIFICAR)				
		HEMOCULTURA	COPROCULTURA	UROCULTURA	OUTROS
	DATA DA 1ª COLETA				
	RESULTADO 1ª AMOSTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DATA DA 2ª COLETA				
RESULTADO 2ª AMOSTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DATA DA 3ª COLETA					
RESULTADO 3ª AMOSTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TRATAMENTO	47 ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> CLORANFENICOL <input type="checkbox"/> QUINOLONA	<input type="checkbox"/> AMPICILINA <input type="checkbox"/> SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____ TEMPO DE USO: _____ DIAS

CONCLUSÃO	48 CLASSIFICAÇÃO FINAL		49 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE		
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO		1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO		
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 45 DIAS)				
	50 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?		51 UF	52 PAÍS	
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				
	53 MUNICÍPIO		CÓDIGO (IBGE)	54 DISTRITO	
			55 BAIRRO		
56 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO		57 EVOLUÇÃO DO CASO			
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - CURA 2 - ÓBITO POR FEBRE TIFOIDE 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO			
58 DATA DO ÓBITO		59 DATA DO ENCERRAMENTO			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 45 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)

DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE

ALIMENTOS CONSUMIDOS NA ÚLTIMA SEMANA E SUGESTIVOS DE CONTAMINAÇÃO

TIPO DE ALIMENTO	LOCAL DE CONSUMO

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE		
	NOME		FUNÇÃO		
	DATA	ASSINATURA			