



DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) DATA DA NOTIFICAÇÃO			
	3) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)		
	4) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO		
DADOS DO CASO	5) AGRAVO DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		CÓDIGO (CID 10) B 5 71	6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS		
	7) NOME DO PACIENTE			8) DATA DE NASCIMENTO		
	9) (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS	10) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO 1 - IGNORADO	11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		12) ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS		14) NOME DA MÃE			
	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			CÓDIGO	16) NÚMERO	
DADOS DE RESIDÊNCIA	17) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		18) PONTO DE REFERÊNCIA		19)UF	
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO		
	21) BAIRRO		CÓDIGO (IBGE)	22)CEP		
	23) (DDD) TELEFONE		24) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 9 - IGNORADO	25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		CÓDIGO
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	26) DATA DA INVESTIGAÇÃO		27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA			
	28) DESLOCAMENTO (VIAGENS PARA ÁREAS INFESTADAS COM TRIATOMÍDEOS NOS ÚLTIMOS 90 DIAS)					
	UF		MUNICÍPIO			
	29) PRESENÇA DE VESTÍGIOS DE TRIATOMÍDEOS INTRA-DOMICÍLIO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
	30) EXISTÊNCIA DE CASOS SUSPEITOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
	31) CASOS AFIRMATIVO, QUANTOS?		32) EXISTÊNCIA DE CASOS CONFIRMADOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		33) CASO AFIRMADOS, QUANTOS?	
	34) HISTÓRIA DE USO DE SANGUE OU HEMODERIVADOS NOS ÚLTIMOS 90 DIAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		35) EXISTÊNCIA DE CONTROLE SOROLÓGICO NA UNIDADE DE HEMOTERAPIA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			
36)MANIPULAÇÃO DE MATERIAIS COM T. CRUZI 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		37) RECÉM-NASCIDO: MÃE COM INFECÇÃO CHAGÁSICA 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO				
DADOS CLÍNICOS	38) SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
	<input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICO	<input type="checkbox"/> ASTENIA	<input type="checkbox"/> EDEMA	<input type="checkbox"/> HEPATOSPLENOMEGALIA		
<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> ANOREXIA	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA	<input type="checkbox"/> CHAGOMA DE INOCULAÇÃO			
<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> HIPOREXIA	<input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA	<input type="checkbox"/> GÂNGLIOS HIPERTROFIADOS (SINAL DE ROMANÃ)			
<input type="checkbox"/> ARRITMIAS	<input type="checkbox"/> SINAIS DE ICC	<input type="checkbox"/> SINAIS DE MENINGOENCEFALITE	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA			

DADOS DO LABORATORIO	EXAMES REALIZADOS	
DADOS DO LABORATORIO	39) PARASITOLÓGICOS 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> EXAME A FRESCO <input type="checkbox"/> XENODIAGNÓSTICO	
	40) IMUNOLÓGICOS 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> HEMOAGLUTINAÇÃO INDIRECTA <input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA <input type="checkbox"/> ELISA	
	41) OUTROS EXAMES 1 - SIM <input type="checkbox"/> ECG RESULTADO _____ <input type="checkbox"/> RAO X TÓRAX RESULTADO _____ 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
TRATAMENTO	42) TIPO DE TRATAMENTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> INESPECÍFICO	43) DROGA UTILIZADA NO TRATAMENTO ESPECÍFICO
	44) DOSAGEM (TRATAMENTO ESPECÍFICO) _____ mg	45) DURAÇÃO DO TRATAMENTO ESPECÍFICO (EM DIAS) _____
MEDIDAS DE CONTROLE	46) OCORREU OU MEDIDAS TOMADAS 1 - SIM <input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRIATOMÍDEOS <input type="checkbox"/> IMPLANTAÇÃO DE NORMAS DE BIOSEGURANÇA EM LABORATÓRIO 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA EM UNIDADE DE HEMOTERAPIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ 9 - IGNORADO	
CONCLUSÃO	47) CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>	48) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO/DESCARTE <input type="checkbox"/>
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO 3 - INCONCLUSIVO 1 - LABORATÓRIO 2 - VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO 3 - CLÍNICO 4 - PARASITOLÓGICO 5 - IMUNOLÓGICO	
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO	
	49) MODO PROVÁVEL DE INFECÇÃO 1 - TRANSFUSIONAL 2 - VETORIAL 3 - TRANSPLACENTÁRIA <input type="checkbox"/> 4 - ACIDENTAL 5 - OUTRA _____ 9 - IGNORADO	50) LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 90 DIAS) <input type="checkbox"/> 1 - UNIDADE DE HEMOTERAPIA 2 - DOMICÍLIO 3 - LABORATÓRIO
	51) UF 52) PAÍS	53) MUNICÍPIO
	54) BAIRRO	55) DISTRITO
56) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	57) EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO 2 - REMISSÃO DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS 3 - REMISSÃO DE PARASITEMIA 4 - NEGATIVAÇÃO DAS REAÇÕES SOROLÓGICAS 9 - IGNORADO	
58) DATA DO ÓBITO	59) DATA DO ENCERRAMENTO	

OBSERVAÇÃO		
INVESTIGADOR	60) MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	61) CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE _ _ _ _ _ _ _ _ _
	62) NOME	63) FUNÇÃO
	64) ASSINATURA	