



**CASO SUSPEITO:**

- FEBRE PROLONGADA (>7 DIAS) E QUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE DCA, NA PRESENÇA DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS COMPATÍVEIS, COMO: RESIDENTE OU VISITANTE DE ÁREA COM OCORRÊNCIA DE TRIATOMÍNEOS; OU ANTECEDENTE RECENTE DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA OU TRANSPLANTE DE ÓRGÃO; OU INGESTÃO DE ALIMENTO SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO T.CRUIZI; OU RECÉM-NASCIDO DE MÃE INFECTADA.

**CASO CONFIRMADO:**

A- CRITÉRIO LABORATORIAL: PACIENTE COM EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO POSITIVO COM OU SEM SINTOMAS OU SOROLOGIA POSITIVA COM ANTICORPOS ANTI T. CRUIZI CLASSE IGM NO SANGUE PERIFÉRICO OU SOROLOGIA POSITIVA COM ANTICORPOS DA CLASSE IGG, COM ALTERAÇÃO NA CONCENTRAÇÃO DE PELO MENOS TRÊS TÍTULOS EM UM INTERVALO MÍNIMO DE 21 DIAS EM AMOSTRAS PAREADAS OU ACHADOS NECROSCÓPICOS POSITIVOS.

B- CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM CASOS CONFIRMADOS DE DCA EM SURTOS DA DOENÇA.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA			CÓDIGO (CID 10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	<b>DOENÇA DE CHAGAS AGUDA</b>			<b>B 5 71</b>	
	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(A) PACIENTE				9 DATA DE NASCIMENTO
	10 (OU) IDADE	<input type="checkbox"/> 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANO	<input type="checkbox"/> 11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE   2 - 2º TRIMESTRE   3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA   5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA   9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 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 DA RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ETC.)	
	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 3 - PERIURBANA   9 - IGNORADO		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>			
	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
	33 DESLOCAMENTO (VIAGENS PARA ÁREAS INFESTADAS ATÉ 120 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS)			
	UF	MUNICÍPIO		
	34 PRESENÇA DE VESTÍGIOS DE TRIATOMÍNEOS INTRA-DOMICÍLIO			35 DATA DE ENCONTRO DOS VESTÍGIOS
	1 - SIM   2 - NÃO   3 - NÃO REALIZADO   9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/>
36 HISTÓRIA DE USO DE SANGUE OU HEMODERIVADOS NOS ÚLTIMOS 120 DIAS		37 EXISTÊNCIA DE CONTROLE SOROLÓGICO NA UNIDADE DE HEMOTERAPIA		
1 - SIM   2 - NÃO   9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/>		
38 MANIPULAÇÃO / CONTATO DE MATERIAIS COM T. CRUIZI		39 MENOR OU IGUAL A 9 MESES DE IDADE: MÃE COM INFECÇÃO CHAGÁSICA		
1 - SIM   2 - NÃO   3 - NÃO SE APLICA   9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/>		
40 POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO POR VIA ORAL				
1 - SIM   2 - NÃO   9 - IGNORADO				

DADOS CLÍNICOS	41 SINAIS E SINTOMAS	1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICO	<input type="checkbox"/> EDEMA DE FACE / MEMBROS	<input type="checkbox"/> SINAIS DE MENINGOENCEFALITE	<input type="checkbox"/> POLIADENOPATIA
	<input type="checkbox"/> FEBRE PERSISTENTE	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA	<input type="checkbox"/> SINAIS DE ICC	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA PERSISTENTE / ARRITMIAS
	<input type="checkbox"/> ASTENIA	<input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA	<input type="checkbox"/> CHAGOMA DE NOCULAÇÃO / SINAL DE ROMAÑA	<input type="checkbox"/> OUTRO(S): _____

DADOS DO LABORATÓRIO	<b>EXAMES REALIZADOS</b>			
	42 DATA DA COLETA	43 PARASITOLÓGICO DIRETO	<input type="checkbox"/> EXAME FRESCO / GOTA ESPESSA / ESFREGAÇO <input type="checkbox"/> OUTRO	
	44 DATA DA COLETA	45 PARASITOLÓGICO INDIRETO	<input type="checkbox"/> STROUT/MICROHEMATÓCRITO / QBC	
	46 DATA DA COLETA S1	48 RESULTADO DA SOROLOGIA PARA ELISA	IgM    IgC	49 RESULTADO DA HEMOAGLUTINAÇÃO
	47 DATA DA COLETA S2	1 - REAGENTE 2 - NÃO-REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO	S1 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/>	IgM    IgC 1 - REAGENTE 2 - NÃO-REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	50 RESULTADO DA IMUNOFLORESCÊNCIA INDIRETA - IFI	IgM    TÍTULOS	IgC    TÍTULOS	
	1 - REAGENTE 2 - NÃO-REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO	S1 <input type="checkbox"/> 1: _____ S2 <input type="checkbox"/> 1: _____	S1 <input type="checkbox"/> 1: _____ S2 <input type="checkbox"/> 1: _____	
51 DATA DA COLETA DO HISTOPATOLÓGICO	52 RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO (BIÓPSIA / NECRÓPSIA)			
	1 - POSITIVO    2 - NEGATIVO    3 - NÃO REALIZADO    9 - IGNORADO			

TRATAMENTO	53 TIPO DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICO	54 DROGA UTILIZADA NO TRATAMENTO ESPECÍFICO	<input type="checkbox"/>
	1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO		1 - BENZNIDAZOL    2 - OUTRO	
	55 TEMPO DE TRATAMENTO (EM DIAS)			

MEDIDAS DE CONTROLE	56 MEDIDAS TOMADAS	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRIATOMÍNEOS	<input type="checkbox"/> IMPLANTAÇÃO DE NORMAS DE BIOSSEGURANÇA EM LABORATÓRIO
	1 - SIM	<input type="checkbox"/> FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA EM UNIDADE DE HEMOTERAPIA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
	2 - NÃO		
	3 - NÃO SE APLICA		
	9 - IGNORADO		

CONCLUSÃO	57 CLASSIFICAÇÃO FINAL	<input type="checkbox"/>	58 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE	<input type="checkbox"/>
	1 - CONFIRMADO    2 - DESCARTADO		1 - LABORATÓRIO    2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO    3 - CLÍNICO	
	59 EVOLUÇÃO DO CASO	<input type="checkbox"/>		60 DATA DO ÓBITO
	1 - VIVO    2 - ÓBITO POR D. CHAGAS AGUDA    3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS    9 - IGNORADO			
	<b>MODO / LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO</b>			
	61 MODO PROVÁVEL DA INFECÇÃO	<input type="checkbox"/>	62 LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 120 DIAS)	
	1 - TRANSFUNCIONAL    2 - VETORIAL    3 - VERTICAL    4 - ACIDENTE		1 - UNIDADE DE HEMOTERAPIA    2 - DOMICÍLIO    3 - LABORATÓRIO	
	5 - ORAL    6 - OUTRA: _____    9 - IGNORADA		4 - OUTRO: _____    9 - IGNORADO	
63 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?	<input type="checkbox"/>	64 UF	65 PAÍS	
1 - SIM    2 - NÃO    3 - INDETERMINADO				
66 MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	67 DISTRITO	68 BAIRRO	
69 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	<input type="checkbox"/>		70 DATA DO ENCERRAMENTO	
1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO				

<b>OBSERVAÇÕES:</b>	

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