



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 DIFTERIA	CÓDIGO (CID 10) A 369	DATA DO DIAGNÓSTICO	
	7 NOME DO PACIENTE		8 DATA DE NASCIMENTO	
	9 (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS <input type="checkbox"/>	10 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO <input type="checkbox"/>	11 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDIGENA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	12 ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDOS 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 <input type="checkbox"/>
	13 NÚMERO DO CARTÃO SUS	14 NOME DA MÃE		

DADOS DA RESIDÊNCIA	15 LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	CÓDIGO	16 NÚMERO
	17 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)	18 PONTO DE REFERÊNCIA	
	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 <input type="checkbox"/>	25 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO			
	26 DATA DA INVESTIGAÇÃO	27 OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA		
	28 CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE DIFTERIA (ATÉ 14 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	<input type="checkbox"/>	
	7 - OUTRO:	8 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO	9 - IGNORADO	
29 NOME DO CONTATO	30 (DDD) TELEFONE			
31 ENDEREÇO DO CONTATO (RUA, AV., APTO., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC.)				
32 Nº DE DOSES DA VACINA TRÍPLICE (DPT) OU DUPLA (DT OU dt)		33 DATA DA ÚLTIMA DOSE		
1 - UMA	2 - DUAS	3 - TRÊS	4 - TRÊS + REFORÇO	
5 - NUNCA VACINADO	9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/>	

DADOS CLÍNICOS	34 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM <input type="checkbox"/> EDEMA GANGLIONAR <input type="checkbox"/> EDEMA DE PESCOÇO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> PROSTRACÃO <input type="checkbox"/> PSEUDOMEMBRANA <input type="checkbox"/> PALIDEZ <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	35 TEMPERATURA CORPORAL °C
	36 LOCALIZAÇÃO DA PSEUDOMEMBRANA (PLACAS) 1 - SIM <input type="checkbox"/> CAVIDADE NASAL <input type="checkbox"/> AMÍGDALAS <input type="checkbox"/> CORDÃO UMBILICAL <input type="checkbox"/> FARINGE <input type="checkbox"/> LARINGE <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> ÓRGÃOS GENITAIS <input type="checkbox"/> PALATO <input type="checkbox"/> CONDUTO AUDITIVO <input type="checkbox"/> TRAQUÉIA <input type="checkbox"/> PELE <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> CONJUNTIVA <input type="checkbox"/>	
	COMPLICAÇÕES	
	37 EXISTIRAM 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	<input type="checkbox"/> MIOCARDITE	<input type="checkbox"/> NEFRITE
<input type="checkbox"/> PARALISIA BILATERAL E SIMÉTRICA DAS EXTREMIDADES		<input type="checkbox"/> PARALISIA DOS MÚSCULOS INTERCOSTAIS E DIAFRAGMA
<input type="checkbox"/> PARALISIA DO PALATO (REGURGITAÇÃO, LÍQUIDO PELO NARIZ, VOZ ANASALADA)		
<input type="checkbox"/> OUTRAS:		

ATENDIMENTO	38 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	39 DATA DA INTERNAÇÃO	40 UF	41 MUNICÍPIO DO HOSPITAL
	42 NOME DO HOSPITAL			
	43 ENDEREÇO DO HOSPITAL			44 (DDD) TELEFONE

DADOS DO LABORATÓRIO	45 MATERIAL COLETADO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	46 DATA DA COLETA
	47 CULTURA PARA DIFTERIA 1 – POSITIVO P/ <i>C. diphtheriae</i> 2 – NEGATIVA P/ <i>C. diphtheriae</i> 3 – NÃO REALIZADA 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	48 PROVAS DE TOXIGENICIDADE 1 – NEGATIVO 2 – POSITIVO 3 – NÃO REALIZADO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>

TRATAMENTO	49 SORO ANTIDIFTÉRICO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	50 DOSE UI	51 DATA DA APLICAÇÃO DO SORO
	52 ANTIBIÓTICO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	53 SE AFIRMATIVO, QUAL? 1 – ERITROMICINA 2 – PENICILINA PROCAÍNA 3 – PENICILINA CRISTALINA 4 – OUTROS: <input type="checkbox"/>	54 DATA DE ADM. DO ANTIBIÓTICO

MEDIDAS DE CONTROLE	55 REALIZADA IDENTIFICAÇÃO DOS COMUNICANTES ÍNTIMOS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	56 SE SIM, QUANTOS? <input type="checkbox"/>	57 QUANTOS CASO SECUNDÁRIOS FORAM CONFIRMADOS ENTRE OS COMUNICANTES 1 – NENHUM 2 – UM 3 – DOIS OU MAIS 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>
	58 FOI REALIZADO BLOQUEIO 1 – VACINAL 2 – ANTI-MICROBIANO 3 – AMBOS 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		

CONCLUSÃO	59 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 – CONFIRMADO 2 – DESCARTADO <input type="checkbox"/>	60 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE 1 – CULTURA C/ PROVA DE TOXIGENICIDADE 2 – CULTURA S/ PROVA DE TOXIGENICIDADE 3 – VINCULO EPIDEMIOLÓGICO 4 – MORTE PÓS CLÍNICA COMPATÍVEL 5 – CLÍNICO 6 – NECROPSIA <input type="checkbox"/>		
	67 DOENÇA RELACIONA AO TRABALHO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	62 EVOLUÇÃO DO CASO 1 – CURA COM SEQUELA 2 – CURA SEM SEQUELA 3 – ÓBITO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	63 DATA DO ÓBITO	64 DATA DO ENCERRAMENTO

OBSERVAÇÕES:

INVESTIGADOR	65 MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	66 CÓDIGO DA UNIDA. DE SAÚDE
	67 NOME	68 FUNÇÃO
	69 ASSINATURA	