



CASO SUSPEITO: TODA PESSOA QUE, INDEPENDENTE DA IDADE E ESTADO VACINAL, APRESENTA QUADRO AGUDO DE INFECÇÃO DA OROFARINGE, COM PRESENÇA DE PLACAS ADERENTES OCUPANDO AS AMÍGDALAS, COM OU SEM INVASÃO DE OUTRAS ÁREAS DA FARINGE (PÁLATO E ÚVULA), OU OUTRAS LOCALIZAÇÕES (OCULAR, NASAL, VAGINAL, PELE, ETC), COM COMPROMETIMENTO DO ESTADO GERAL E FEBRE MODERADA.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2- INDIVIDUAL		2 AGRAVO / DOENÇA DIFTERIA		CÓDIGO (CID 10) A 369	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DA 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 <input type="checkbox"/>	1 - HORA 2 - DIA 3 - MES 4 - ANO	11 SEXO <input type="checkbox"/>	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE <input type="checkbox"/>	13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14 ESCOLARIDADE 0 - ANALFABETO 3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)		1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 4 ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 7- EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA		2- 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA		<input type="checkbox"/>
	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, AV., PÇA., ETC.)			CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (CASA, APTO...)		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 / RURAL 9 - IGNORADO		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO			
	33 CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE DIFTERIA (ATÉ 14 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)					
	1 - DOMICÍLIO	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 ENDEREÇO DO CONTATO (RUA, AV., APTO., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC.)						
36 Nº DE DOSES DA VACINA TRÍPLICE (DPT) OU DUPLA (DT OU dt) 1 - UMA 2 - DUAS 3 - TRÊS 4 - TRÊS + REFORÇO 5 - TRÊS + 2 REFORÇOS 6 - NUNCA VACINADO 9 - IGNORADO					37 DATA DA ÚLTIMA DOSE	

DADOS CLÍNICOS	38 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> EDEMA GANGLIONAR	<input type="checkbox"/> EDEMA DE PESCOÇO	<input type="checkbox"/> FEBRE	39 TEMPERATURA CORPORAL °C	
				<input type="checkbox"/> PROSTRACÃO	<input type="checkbox"/> PSEUDOMEMBRANA	<input type="checkbox"/> PALIDEZ		
	40 LOCALIZAÇÃO DA PSEUDOMEMBRANA (PLACAS) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			<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"/> ÓRGÃOS GENITAIS	<input type="checkbox"/> PALATO	<input type="checkbox"/> CONDUTO AUDITIVO	<input type="checkbox"/> TRAQUEÍIA	<input type="checkbox"/> PELE
				<input type="checkbox"/> CONJUNTIVA				
COMPLICAÇÕES								
41 EXISTIRAM 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO								
<input type="checkbox"/> MIOCARDITE		<input type="checkbox"/> NEFRITE		<input type="checkbox"/> ARRITMIAS CARDÍACAS				
<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:								

