



CASO SUSPEITO: TODO INDIVÍDUO, INDEPENDENTE DA IDADE E ESTADO VACINAL, QUE APRESENTE TOSSE SECA HÁ 14 DIAS OU MAIS, ASSOCIADO A UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINTOMAS: TOSSE PAROXÍSTICA (TOSSE SÚBITA INCONTROLÁVEL, COM TOSSIDAS RÁPIDAS E CURTAS (5 A 10) EM UMA ÚNICA EXPIRAÇÃO), GUINCHO INSPIRATÓRIO OU VÔMITOS PÓS-TOSSE.

TODO INDIVÍDUO, INDEPENDENTE DA IDADE E ESTADO VACINAL, QUE APRESENTE TOSSE SECA HÁ MAIS DE 14 DIAS OU MAIS, E COM HISTÓRIA DE CONTATO COM UM CASO CONFIRMADO DE COQUELUCHE PELO CRITÉRIO CLÍNICO.

DADOS GERAIS	1 - TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		3 - DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	2 - AGRAVO / DOENÇA COQUELUCHE		CÓDIGO (CID 10) A 37.9	
	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 <input type="checkbox"/>	11 - SEXO <input type="checkbox"/>	12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>	13 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/>
	1 - HORA 2 - DIA	3 - MÊS 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
	14 - ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/>		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)	
0 - ANALFABETO		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA		
1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA		
2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		9 - IGNORADO		
3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		10 - NÃO SE APLICA		
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)				
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)				
15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 - NOME DA MÃE		

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO
	20 - ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)			CÓDIGO
	21 - NÚMERO	22 - COMPLEMENTO	23 - BAIRRO	
	24 - GEO CAMPO 1	25 - GEO CAMPO 2	26 - PONTO DE REFERÊNCIA	27 - CEP
	28 - (DDD) TELEFONE		29 - ZONA <input type="checkbox"/>	30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)
		1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO		

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 - DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 - OCUPAÇÃO	33 - A UNIDADE NOTIFICANTE É SENTINELA? <input type="checkbox"/>	
			1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	34 - CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COQUELUCHE (ATÉ 14 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS) <input type="checkbox"/>			
	1 - DOMICÍLIO 2 - VIZINHANÇA 3 - TRABALHO 4 - CRECHE / ESCOLA 5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 6 - OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO			
	7 - OUTRO: 8 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO 9 - IGNORADO			
35 - NOME DO CONTATO				
36 - ENDEREÇO DO CONTATO (RUA, AV., APTO, BAIRRO, LOCALIDADE, ETC.)				
37 - Nº DE DOSES DA VACINA TRÍPLICE (DTP) OU TETRAVALENTE (DTP + HiB) <input type="checkbox"/>				38 - DATA DA ÚLTIMA DOSE
1 - UMA 2 - DUAS 3 - TRÊS 4 - TRÊS + UM REFORÇO				
5 - TRÊS + DOIS REFORÇOS 6 - NUNCA VACINADO 9 - IGNORADO				

DADOS CLÍNICOS	39 - DATA DE INÍCIO DA TOSSE	40 - SINAIS E SINTOMAS		
		1 - SIM <input type="checkbox"/>	TOSSE <input type="checkbox"/>	CIANOSE <input type="checkbox"/>
		2 - NÃO <input type="checkbox"/>	TOSSE PAROXÍSTICA <input type="checkbox"/>	VÔMITOS <input type="checkbox"/>
	9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	RESPIRAÇÃO RUIDOSA AO FINAL DA <input type="checkbox"/>	APNEIA <input type="checkbox"/>	TEMPERATURA < 38°C <input type="checkbox"/>
				TEMPERATURA > OU = A 38°C <input type="checkbox"/>
				OUTROS: <input type="checkbox"/>
41 - COMPLICAÇÕES				
1 - SIM <input type="checkbox"/>		PNEUMONIA OU BRONCOPNEUMONIA <input type="checkbox"/>	DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/>
2 - NÃO <input type="checkbox"/>		ENCEFALOPATIA (CONVULSÕES) <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/>	OUTROS: <input type="checkbox"/>
9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				

