



01 - DADOS GERAIS

02 - SEM EPID. Nº _____ 03 - DATA DA NOTIFICAÇÃO ____/____/____ 04 - MUNICÍPIO DA NOTIFICAÇÃO _____
05 - UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA) _____

06 - IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

(OU) IDADE ____/____/____ D - DIAS M - MESES A - ANOS SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARD A 5 - INDIGENA 9 - IGNORADO 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

NÚMERO DO CARTÃO SUS _____ NOME DA MÃE _____

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...) _____ CÓDIGO ____/____/____ NÚMERO _____

COMPLEMENTO (APTO, CASA,...) _____ PONTO DE REFERÊNCIA _____ UF ____/____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ CÓDIGO (IBGE) ____/____/____/____/____ DISTRICTO _____

BAIRRO _____ CÓDIGO (IBGE) ____/____/____/____/____ CEP ____/____/____ - ____/____

(DDD) TELEFONE ____-____-____/____/____ ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 4 - IGNORADO PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) _____

CÓDIGO ____/____/____ LOCAL DE TRABALHO _____

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...) _____ CÓDIGO ____/____/____ NÚMERO _____

COMPLEMENTO (APTO, CASA,...) _____ BAIRRO _____ CÓDIGO (IBGE) ____/____/____/____/____

MUNICÍPIO _____ CÓDIGO (IBGE) ____/____/____/____/____ DISTRICTO _____

07 - HOSPITALIZAÇÃO

HOUVE HOSPITALIZAÇÃO SIM NÃO DATA ____/____/____

HOSPITAL _____ MUNICÍPIO _____

08 - SINTOMAS / SINAIS CLÍNICO

DATA INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

- INÍCIO SÚBITO CEFALÉIA EXATEMA / LOCALIZAÇÃO: _____ MIALGIA PETÉQUIAS DATA DE APARECIMENTO: ____/____/____ NÁUSEA / VÔMITO EDEMA COMA DOR ABDOMINAL ATAXIA ICTERÍCIA DIARRÉIA MENINGISMO CONVULSÃO CONJUNTIVITE ESPLENOMEGALIA CHOQUE LINFOADENOPATIA HEPATOMEGALIA ARRITIMIA ESTUPOR PNEUMONITE MIOCARDITE

09 - LABORATÓRIO CLÍNICO		
DATA DO HEMOGRAMA ____/____/____	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA
HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	DATA DO LEUCOGRAMA ____/____/____
LEUCÓCITOS GLOBAL	NETRÓFILOS	SEGMENTADOS
BASTONETES	LINF	EOS
BASO	MONO	LINFO

10 - OUTROS EXAMES

11 - SOROLOGIA / AMOSTRAS	1ª AMOSTRA		2ª AMOSTRA	
EXAME REALIZADO	DATA DA COLETA	RESULTADO	DATA DA COLETA	RESULTADO
WEIL FÉLIX	___/___/___		___/___/___	
IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA	___/___/___		___/___/___	
OUTRO: _____	___/___/___		___/___/___	
OBSERVAÇÃO :				
<p>12 - MEDICAÇÃO ANTIMICROBIANMA</p> <p><input type="checkbox"/> CLORANFENICOL : INICIADA EM ___/___/___ OUTROS : <input type="checkbox"/> _____ : INICIADA EM ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> TETRACICLINA : INICIADA EM ___/___/___ <input type="checkbox"/> _____ : INICIADA EM ___/___/___</p>				
<p>13 - EVOLUÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> DATA DA CURA : ___/___/___ <input type="checkbox"/> DATA DO ÓBITO : ___/___/___</p>				
<p>14 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS</p> <p>O PACIENTE RESIDE EM ÁREA : <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL</p> <p>REGISTRAR AS SEGUINTE SITUACÖES OCORRIDAS NOS 14 DIAS QUE ANTECEDERAM O INÍCIO DOS SINTOMAS :</p> <p>CONTATO COM CARRAPATOS :</p> <p><input type="checkbox"/> NO PRÓPRIO CORPO <input type="checkbox"/> RETIRAR CARRAPATOS EM OUTRA PESSOA <input type="checkbox"/> RETIRAR CARRAPATOS EM ANIMAL. QUAL: _____</p> <p>CONTATO COM ANIMAIS :</p> <p><input type="checkbox"/> CÃO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/> EQUINO <input type="checkbox"/> BOVINO <input type="checkbox"/> OUTRO : _____</p> <p>CONTATO COM ÁREA RURAL (OU SILVESTRE) :</p> <p>DATA : ___/___/___ LOCAL: _____</p> <p><input type="checkbox"/> POR MOTIVO DE TRABALHO . OBS.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> POR MOTIVO DE LAZER . OBS.: _____</p> <p>OUTROS CASOS SEMELHANTES : _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p>				
<p>15 - DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</p> <p>FEBRE MACULOSA : <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> PROVÁVEL <input type="checkbox"/> SUSPEITO</p> <p>OUTRO (ESPECIFICAR): _____</p>				
<p>16 - DADOS DO INVESTIGADOR</p> <p>NOME _____ BM-DV _____ DATA DA INVESTIGAÇÃO ___/___/___</p> <p>FUNÇÃO _____ ASSINATURA _____</p>				