



CASO SUSPEITO: INDIVÍDUO QUE APRESENTE FEBRE, CEFALÉIA, MIALGIA E HISTÓRIA DE PICADA DE CARRAPATOS E/OU CONTATO COM ANIMAIS DOMÉSTICOS E/OU SILVESTRES E/OU TENHA FREQUENTANDO ÁREA SABIDAMENTE DE TRANSMISSÃO DE FEBRE MACULOSA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS E/OU APRESENTE EXANTEMA MÁCULO-POPULAR OU MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO /DOENÇA FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE		9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	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) 3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA		2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA	
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 - NOME DA MÃE	

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO	
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA , AVENIDA)		
	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 - PERI-URBANA 9 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESISTENTE FORA DO BRASIL)		

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	
31 DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 OCUPAÇÃO
33 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 -IGNORADO	
<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA
<input type="checkbox"/> NÁUSEA / VÔMITO	<input type="checkbox"/> EXANTEMA
<input type="checkbox"/> HIPEREMIA CONJUNTIVAL	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA / ESPLENOMEGALIA
<input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO
<input type="checkbox"/> CHOQUE / HIPOTENSÃO	<input type="checkbox"/> ESTUPOR / COMA
<input type="checkbox"/> OLIGÚRIA / ANÚRIA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> MILGIA
<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA
<input type="checkbox"/> PETÉQUIAS	<input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS
<input type="checkbox"/> NECROSE DE EXTREMIDADE	<input type="checkbox"/> PROSTRAÇÃO
<input type="checkbox"/> SUFUSÃO HEMORRÁGICA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIA

EPIDEMIOLOGIA	SITUAÇÃO / EXPOSIÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (14 DIAS)		
	34 TEVE CONTATO COM ANIMAIS 1 - SIM 2 - NÃO 9 -IGNORADO		
<input type="checkbox"/> CARRAPATO <input type="checkbox"/> CAPIVARA <input type="checkbox"/> CÃO / GATO <input type="checkbox"/> BOVINOS <input type="checkbox"/> ESQUILOS <input type="checkbox"/> OUTROS ANIMAIS			
35 FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, ETC. 1 - SIM 2 - NÃO 9 -IGNORADO			

TRATAMENTO	36 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/>		
	1 - SIM 2 - NÃO 9 -IGNORADO		
40 MUNICÍPIO DO HOSPITAL		CÓDIGO (IBGE)	41 NOME DO HOSPITAL
37 DATA DA INTERNAÇÃO		38 DATA DA ALTA	39 UF

