



**CASO SUSPEITO:** INDIVÍDUO QUE APRESENTE FEBRE, CEFALÉIA, MIALGIA E HISTÓRIA DE PICADA DE CARRAPATOS, PIOLHOS E/OU CASO DE MORDEDURA OU ARRANHADURA DE ANIMAIS DOMÉSTICOS (ESPECIALMENTE FELINOS) E/OU SILVESTRES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS E/OU APRESENTE EXANTEMA MÁCULO-POPULAR OU MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS E OCULARES E/OU FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA (FOI) EM CRIANÇAS.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO			2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO /DOENÇA			CÓDIGO (CID 10)		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	BARTONELOSE			A 44.9		
	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					DATA DE NASCIMENTO
	9 (OU) IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA / COR		
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	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)		2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)				
3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)				
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)				
7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA		9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA				
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS			NOME DA MÃE			

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO	
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA , AVENIDA)		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	30 PAÍS (SE RESISTENTE FORA DO BRASIL)		
		1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERI-URBANA 9 - IGNORADO			

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"/> MIALGIA
<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA
<input type="checkbox"/> PETÉQUIAS	<input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS
<input type="checkbox"/> NECROSE DE EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> PROSTRAÇÃO
<input type="checkbox"/> SUFUSÃO HEMORRÁGICA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

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"/> EQUINOS <input type="checkbox"/> OUTROS ANIMAIS: _____	
35 FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, ETC. <input type="checkbox"/>	
1 - SIM 2 - NÃO 9 -IGNORADO	

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

