



DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2 AGRAVO / DOENÇA <b>VARICELA COMPLICADA – (PACIENTES HOSPITALIZADOS)</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>B01</b>	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)		
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO	7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	
	8 NOME DO PACIENTE					9 DATA DE NASCIMENTO	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIAS 3 - MESES 4 - ANOS	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) 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			16 NOME DA MÃE			
	17 UF 18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CÓDIGO (IBGE) 19 DISTRITO						
DADOS DE RESIDÊNCIA	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AV., ETC.)		CÓDIGO		
	22 NÚMERO		23 COMPLEMENTO (APTO, CASA...)		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 9 - IGNORADO		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		
DADOS DA INVESTIGAÇÃO	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 PESO Kg	33 ALTURA cm	34 FOI VACINADO CONTRA VARICELA? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		35 SE VACINADO, QUAL DATA?	
	36 DATA DA INTERNAÇÃO		37 EXISTÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA VARICELA 1 - IMUNODEFICIÊNCIA 2 - DOENÇAS CRÔNICAS 3 - GESTANTE 4 - NÃO				
	38 ORIGEM DA INFECÇÃO 1 - DOMICÍLIO 2 - VIZINHANÇA 3 - TRABALHO 4 - CRECHE / ESCOLA 5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 6 - OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO 7 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO 8 - OUTRO PAÍS 9 - IGNORADO			39 TERAPÊUTICA REALIZADA ANTES DA INTERNAÇÃO 1 - SALICILATOS 2 - CORTICOIDES SISTÊMICOS 3 - CORTICOIDES TÓPICOS 4 - CORTICOIDES INALATORIOS 5 - IMUNOSSUPRESSORES			
DADOS DA INTERNAÇÃO	PROVENIÊNCIA 1 - SERVIÇO DE URGÊNCIA 2 - POSTO DE SAÚDE 3 - CONSULTÓRIO 4 - MATERNIDADE 5 - OUTROS: _____			41 DIAS DE EVOLUÇÃO DA VARICELA ANTES DA INTERNAÇÃO			
	42 NÚMERO DE LESÕES 1 - < 50 2 - 50 A 250 3 - 250 A 500 4 - > 500		43 COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO IMPETIGO ABSCESSO PIOMIOSITE CELULITE FASCÍITE OUTRAS: _____		44 COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO PNEUMONIA PRIMÁRIA DA VARICELA PNEUMONIA BACTERIANA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		
	45 COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO ENCEFALITE CEREBELITES SÍNDROME DE REYE OUTRAS: _____		46 PUNÇÃO LOMBAR 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		47 ASPECTO 1 - LIMPIDO 2 - PURULENTO 3 - HEMORRÁGICO 4 - TURVO 5 - XANTOCRÔMICO 6 - OUTROS 9 - IGNORADO		
	48 ALTERAÇÕES DO APARELHO GENITO-URINÁRIO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO EDEMA HIPERTENSÃO HEMATURIA		49 COMPLICAÇÕES CARDÍACAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		50 COMPLICAÇÕES HEMATOLÓGICAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
	52 TERAPÊUTICA INSTITUÍDA		53 NECESSIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
	54 EVOLUÇÃO DO CASO 1 - ALTA SEM SEQUELA 2 - ALTA COM SEQUELA 3 - ÓBITO		55 DATA DA EVOLUÇÃO		56 DATA DO ENCERRAMENTO		
	OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:						
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE					CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE	
	NOME			FUNÇÃO			
	DATA		ASSINATURA				