



**CASO SUSPEITO DE DENGUE:** PESSOA QUE VIVA OU TENHA VIAJADO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS PARA ÁREA ONDE ESTEJA OCORRENDO TRANSMISSÃO DE DENGUE OU TENHA PRESENÇA DE *Ae. Aegypti* QUE APRESENTE FEBRE, USUALMENTE ENTRE 2 E 7 DIAS, E APRESENTE DUAS OU MAIS DAS SEGUINTE MANIFESTAÇÕES: NÁUSEAS, VÔMITOS, EXANTEMA, MIALGIAS, CEFALEIA, DOR RETROORBITAL, PETÉQUIAS OU PROVA DO LAÇO POSITIVA E LEUCOPENIA.

**CASO SUSPEITO DE CHIKUNGUNYA:** FEBRE DE INÍCIO SÚBITO E ARTRALGIA OU ARTRITE INTENSA COM INÍCIO AGUDO, NÃO EXPLICADO POR OUTRAS CONDIÇÕES, QUE RESIDA OU TENHA VIAJADO PARA ÁREAS ENDÊMICAS OU EPIDÊMICAS ATÉ 14 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS, OU QUE TENHA VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM UM CASO IMPORTADO CONFIRMADO.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2 AGRAVO / DOENÇA <b>1 - DENGUE</b> <b>2 - CHIKUNGUNYA</b> <input type="checkbox"/>		CÓDIGO (CID 10) <b>A 90</b> <b>A 92</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		

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE						9 DATA DE NASCIMENTO			
	10 (OU) IDADE <input type="checkbox"/> 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		11 SEXO <input type="checkbox"/> M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO		12 GESTANTE <input type="checkbox"/> 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA		5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13 RAÇA / COR <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14 ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> 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 A 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					

DADOS DA RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19 DISTRITO			
	20 BAIRRO			21 LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ...)			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 <input type="checkbox"/>			30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		

**DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS**

INV.	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
------	-------------------------	--	-------------	--

DADOS CLÍNICOS	33 SINAIS CLÍNICOS 1 - SIM 2 - NÃO												
	<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> CEFALEIA	<input type="checkbox"/> VÔMITO	<input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS	<input type="checkbox"/> ARTRITE	<input type="checkbox"/> PETÉQUIAS	<input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA	<input type="checkbox"/> MIALGIA	<input type="checkbox"/> EXANTEMA	<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	<input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE	<input type="checkbox"/> ATRALGIA INTENSA	<input type="checkbox"/> LEUCOPENIA
DADOS CLÍNICOS	34 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO												
	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTOIMUNES	<input type="checkbox"/> DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA	<input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA						

DADOS LABORATORIAIS	SOROLOGIA (IgM) CHIKUNGUNYA		37 EXAME PRNT		38 RESULTADO	
	35 DATA DA COLETA DA 1ª AMOSTRA (S1)	36 DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA (S2)	DATA DA COLETA		<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT	
	SOROLOGIA (IgM) DENGUE		EXAME NS1		39 DATA DA COLETA	
	40 RESULTADO <input type="checkbox"/> 1) POSITIVO 3) INCONCLUSIVO 2) NEGATIVO 4) NÃO REALIZADO		41 DATA DA COLETA		42 RESULTADO <input type="checkbox"/> 1) POSITIVO 3) INCONCLUSIVO 2) NEGATIVO 4) NÃO REALIZADO	
	ISOLAMENTO		44 RESULTADO <input type="checkbox"/> 1) POSITIVO 3) INCONCLUSIVO 2) NEGATIVO 4) NÃO REALIZADO		45 RT-PCR	
43 DATA DA COLETA		46 RESULTADO <input type="checkbox"/> 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO		47 SOROTIPO		
47 SOROTIPO <input type="checkbox"/> 1) DENV 1 3) DENV 3 2) DENV 2 4) DENV 4		48 HISTOPATOLOGIA <input type="checkbox"/> 1) COMPATÍVEL 2) INCOMPATÍVEL 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO		49 IMUNOHISTOQUÍMICA <input type="checkbox"/> 1) POSITIVO 2) NEGATIVO 3) INCONCLUSIVO 4) NÃO REALIZADO		

HOSPITALIZAÇÃO	50 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	51 DATA DA INTERNAÇÃO	52 UF	53 MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)
	54 NOME DO HOSPITAL			CÓDIGO	55 (DDD) TELEFONE

CONCLUSÃO	LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 15 DIAS) 56 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/>			57 UF	58 PAÍS
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				
	59 MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	60 DISTRITO	61 BAIRRO	
	62 CLASSIFICAÇÃO <input type="checkbox"/>		63 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/>		64 APRESENTAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/>
5) DESCARTADO 11) DENGUE COM SINAIS DE ALARME 10) DENGUE 12) DENGUE GRAVE 13) CHIKUNGUNYA		1) LABORATÓRIO 3) EM INVESTIGAÇÃO 2) CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO		1) AGUDA 2) CRÔNICA	
65 EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>			66 DATA DO ÓBITO	67 DATA DO ENCERRAMENTO	
1 - CURA 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO 2 - ÓBITO PELO AGRAVO 4 - ÓBITO EM INVESTIGAÇÃO					

**PREENCHER OS SINAIS CLÍNICOS PARA DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE**

DADOS CLÍNICOS - DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE	68 DENGUE COM SINAIS DE ALARME 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			69 DATA DE INÍCIO DOS SINAIS DE ALARME:	
	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO POSTURAL E / OU LIPOTÍMIA	<input type="checkbox"/> LETARGIA OU IRRITABILIDADE	<input type="checkbox"/> ACÚMULO DE LÍQUIDOS		
	<input type="checkbox"/> QUEDA ABRUPTA DE PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA >= 2cm			
	<input type="checkbox"/> VÔMITOS PERSISTENTES	<input type="checkbox"/> AUMENTO PROGRESSIVO DO HEMATÓCITO			
<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL INTENSA E CONTÍNUA	<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO DE MUCOSA / OUTRAS HEMORRAGIAS				
70 DENGUE GRAVE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
EXTRAVASAMENTO GRAVE DE PLASMA:			SANGRAMENTO GRAVE:		
<input type="checkbox"/> PULSO DÉBIL OU INDETECTÁVEL	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES FRIAS	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/> HEMATÊMESE	<input type="checkbox"/> MELENA	
<input type="checkbox"/> PA CONVERGENTE <= 20 MMHG	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL EM FASE TARDIA		<input type="checkbox"/> METRORRAGIA VOLUMOSA		
<input type="checkbox"/> TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR	<input type="checkbox"/> ACÚMULO DE LÍQUIDOS COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO DO SNC		
COMPROMETIMENTO GRAVE DE ÓRGÃOS:			<input type="checkbox"/>	71 DATA DE INÍCIO DOS SINAIS DE GRAVIDADE:	
<input type="checkbox"/> AST / ALT > 1000	<input type="checkbox"/> MIOCARDITE	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA			
<input type="checkbox"/> OUTROS ÓRGÃOS, ESPECIFICAR: _____					

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

INVESTIGADOR(A)	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	ASSINATURA		