

FICHA DE NOTIFICAÇÃO (CMD)
DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA (DPI) DOENÇA HEMÓFILA INVASIVA (DIHi)

IDENTIFICAÇÃO					
1. UF DA NOTIFICAÇÃO:		2. MUNICÍPIO DA NOTIFICAÇÃO:			
3. CÓDIGO IBGE:			4. CÓDIGO CNES:		
5. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:					
6. DATA DA NOTIFICAÇÃO:			7. CPF:		
8. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO(A) PACIENTE:			9. É ESTRANGEIRO? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO		
9.1 SE SIM, PASSAPORTE:			9.2 PAÍS DE NASCIMENTO:		
10. NOME COMPLETO DO(A) PACIENTE - SEM ABREVIACÕES:					
11. NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE - SEM ABREVIACÕES:					
12. NOME COMPLETO DA MÃE - SEM ABREVIACÕES:					
13. DATA DE NASCIMENTO:					
14. SEXO AO NASCIMENTO MARCAR X: ☐ 1. MASCULINO ☐ 2. FEMININO ☐ 3. INTERSEXO ☐ 9. IGNORADO					
15. ORIENTAÇÃO SEXUAL MARCAR X: ☐ 1. HETEROSSEXUAL ☐ 2. HOMOSSEXUAL ☐ 3. BISSEXUAL ☐ 4. OUTRA ☐ 7. NÃO SE APLICA ☐ 9.IGNORADO. 15.1 SE OUTRA, ESPECIFIQUE:					
16. IDENTIDADE DE GÊNERO MARCAR X: ☐ 1. MULHER CISGÊNERO ☐ 2. HOMEM CISGÊNERO ☐ 3. MULHER TRANSGÊNERO ☐ 4. HOMEM TRANSGÊNERO ☐ 5. TRAVESTI ☐ 6. NÃO BINÁRIO ☐ 7. NÃO SE APLICA ☐ 9. IGNORADO					
17. RAÇA / COR MARCAR X: ☐ 1. BRANCA ☐ 2. PRETA ☐ 3. AMARELA ☐ 4. PARDA ☐ 5. INDÍGENA ☐ 9. IGNORADO					
17.1 SE INDÍGENA, QUAL A ETNIA?					
17.1.1 SE INDÍGENA, VIVE ALDEADO? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
17.1.2 NOME DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA:					
17.1.3 NOME DO POLO BASE: 17.1.4 NOME DA ALDEIA COMUNIDADE:					
18. É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
18.1. SE SIM, QUAL POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?					
19. GESTANTE? MARCAR X: ☐ 1. 1º TRIMESTRE ☐ 2. 2º TRIMESTRE ☐ 3. 3º TRIMESTRE ☐ 4. IDADE GESTACIONAL IGNORADA ☐ 5. NÃO ☐ 6. NÃO SE APLICA ☐ 9. IGNORADO					
20. ESCOLARIDADE MARCAR X: ☐ 1. NENHUMA ☐ 2. EDUCAÇÃO INFANTIL ☐ 3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ☐ 4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ATÉ O 9º ANO) ☐ 6. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ☐ 6. ENSINO MÉDIO COMPLETO ☐ 7. ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ☐ 8. ENSINO SUPERIOR COMPLETO ☐ 9. IGNORADO					
21. OCUPAÇÃO:			21.1 CÓDIGO CBO:		
22. ATIVIDADE ECONÔMICA:			22.1 CÓDIGO CNAE:		
23. PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
24. PROFISSIONAL DE SAÚDE? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
25. PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
26. PESSOA COM DEFICIÊNCIA? MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO					
27. CEP:		28. UF DA RESIDÊNCIA:		29. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	
30. CÓDIGO IBGE:		31. BAIRRO:			32. LOGRADOURO:
33. Nº:		34. COMPLEMENTO:		35. TELEFONE DE CONTATO:	
36. ZONA MARCAR X: ☐ 1. URBANA ☐ 2. RURAL ☐ 9. IGNORADO					
37. PAÍS DE RESIDÊNCIA:					
38. DOENÇAS / AGRAVOS SUSPEITOS NOTIFICADOS (POSSIBILIDADE DE MÚLTIPLAS INSERÇÕES)					
1.	CID		2.	CID	
3.	CID		4.	CID	
5.	CID		6.	CID	

39. SINAIS E SINTOMAS MARCAR X : <http://plataforma.saude.gov.br/esussinan/ficha-notificacao-esussinan.pdf>

medDRA	CÓDIGO LLT	meDRA	CÓDIGO LLT	medDRA	CÓDIGO LLT
☐ ASSINTOMÁTICO	00000001	☐ EDEMA	10014210	☐ MACHAS VERMELHAS ELEVADAS GENERALIZADAS NO TRONCO	10018094
☐ ABSCESSO	10000269	☐ EDEMA FACIAL	10014222	☐ MELENA	10027141
☐ ADENITE	10001137	☐ EDEMA NO PESCOÇO	10028834	☐ MENINGISMO	10027197
☐ ADENOMEGALIA	10063721	☐ EDEMA NOS MEMBROS	10060442	☐ MENINGOENCEFALITE	10027282
☐ AEROFOBIA	10080300	☐ EDEMA PENIANO	10066774	☐ MIALGIA	10028411
☐ AGITAÇÃO PSICOMOTORA	10056436	☐ EDEMA PULMONAR AGUDO	10001024	☐ MIALGIA AGRAVADA	10048317
☐ AGRESSIVIDADE	10001494	☐ ENTERORRAGIA	10077615	☐ MICROCEFALIA	10027534
☐ ANEMIA	10002034	☐ EPISTAXE	1015090	☐ MIOCARDITE	100286026
☐ ANOREXIA	10002646	☐ EQUIMOSE	10014080	☐ MOVIMENTOS ANORMAIS	10028039
☐ ANÚRIA	10002847	☐ ERUPÇÃO CUTÂNEA	10040841	☐ MOVIMENTOS REDUZIDOS	10028045
☐ APNÉIA	10002972	☐ ESCARRO SANGUINOLENTO	10041804	☐ NÁUSEA	10028813
☐ ARRITMIA	10003119	☐ ESPLENOMEGALIA	10041660	☐ NECROSE DE EXTREMIDADES	10059385
☐ ARTRALGIA	10003239	☐ ESTUPOR	10042264	☐ NECROSE ISQUÊMICA DA PELE	10074873
☐ ARTRITE	10003246	☐ EXANTEMA	10015585	☐ OLIGÚRIA	10030302
☐ ASTENIA	10003549	☐ FEBRE	10016558	☐ OPISTÓTONO	10030898
☐ AUMENTO DO FÍGADO	10024676	☐ FEBRE INTERMITENTE	10058698	☐ OSTEOCONDRITE	10031230
☐ BAÇO AUMENTADO	10041637	☐ FEBRE RECORRENTE	10038300	☐ PALIDEZ	10033546
☐ BOCA SECA	10013781	☐ FONTANELA AUMENTADA	10054068	☐ PARALISIA	10033558
☐ BUBÕES	10006519	☐ FORÇA MUSCULAR ANORMAL	10082779	☐ PARESTESIA	10033775
☐ CALAFRIOS	10008531	☐ FOTOSSENSIBILIDADE	10034966	☐ PERTURBAÇÃO DA COORDEN. RESPIRATÓRIA DE SUGAR-ENGOLIR	10086396
☐ CANSAÇO	10043890	☐ FRAQUEZA	10047862	☐ PESO DIMINUÍDO	10047895
☐ CATARATA	10007739	☐ FRAQUEZA MUSCULAR DO PESCOÇO	10028350	☐ PETÊQUIA	10034785
☐ CEFALÉIA	10019211	☐ FREQUÊNCIA CARDÍACA DIMINUÍDA	10078993	☐ PROCTITE	10036774
☐ CELULITE	10065339	☐ GÂNGLIOS INCHADOS	10019301	☐ PROSTRAÇÃO	10036985
☐ CHOQUE	10040560	☐ GLAUCOMA CONGÊNITO	10010486	☐ PSEUDOPARALISIA	10056300
☐ CHORO NEONATAL ANORMAL	10049455	☐ HEMATÊMESE	10018830	☐ PULSO IRREGULAR	10022994
☐ CIANOSE	10011703	☐ MELENA	10027141	☐ PULSO RÁPIDO	10037484
☐ COMA	10010071	☐ HEMATÚRIA	10018867	☐ PÚRPURA	10037549
☐ CONFUSÃO MENTAL	10027350	☐ HEMOPTISE	10018964	☐ RETARDO PSICOMOTOR	10037213
☐ CONGESTÃO CONJUNTIVAL	10010675	☐ HEMORRAGIA ALVEOLAR PULMONAR	10037313	☐ RETINOPATIA PIGMENTADA ADQUIRIDA	10054881
☐ CONJUNTIVITE	10010741	☐ HEMORRAGIA ANAL	10049555	☐ RIGIDEZ ABDOMINAL	10000090
☐ CONSCIÊNCIA DMINUÍDA	10010768	☐ HEMORRAGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	10072043	☐ RIGIDEZ DA NUCA	10058483
☐ CONSTIPAÇÃO	10010774	☐ HEMORRAGIA GENGIVAL	10019544	☐ RIGIDEZ DOS MEMBROS	10024509
☐ CONTRAÇÕES MUSCULARES	10028293	☐ HEMORRAGIA PULMONAR	10019582	☐ RINITE INFECCIOSA	10059827
☐ CONTRATURA MUSCULAR	10062575	☐ HEPATOSPLENOMEGALIA	10019847	☐ RISO SARDÔNICO	10039198
☐ CONVULSÃO	10010904	☐ HEPATOMEGALIA	10019842	☐ SATURAÇÃO DE O2 DIMINUÍDA	10033318
☐ CORIZA	10011214	☐ HIDROFOBIA	10053317	☐ SINAL DE KERNIG	10056294
☐ CULTURA BACTERIANA POSITIVA	10058588	☐ HIPEREMIA	10020565	☐ SINAL DE ROMANA	10077073
☐ DIARRÉIA	10012727	☐ HIPOTENSÃO	10021097	☐ SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRAT.DO ADULTO	10001409
☐ DIPLOPIA	10013036	☐ ICC	10007836	☐ SINTOMA RESPIRATÓRIO	10075535
☐ DISARTRIA	10013887	☐ ICTERÍCIA	10021207	☐ SINTOMAS NEUROLÓGICOS	10029291
☐ DISFAGIA	10013950	☐ IMPETIGO	10021531	☐ SUDORESE	10067146
☐ DISFONIA	10013952	☐ INFECÇÃO BRONCOPULMONAR	10052110	☐ SUFUSÃO HEMORRÁGICA	10070284
☐ DISPNEIA	10013963	☐ INFECÇÃO URINÁRIA	10046544	☐ TEMPERATURA ALTA	10020083
☐ DISTÚRPIO HEMORRÁGICO	10019009	☐ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	10007554	☐ TEMPERATURA CORPORAL DIMINUÍDA	10005910
☐ DOR	10000424	☐ INSUFICIÊNCIA RENAL	10022467	☐ TONTURA	10018263
☐ DOR ABDOMINAL	10000081	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	10016162	☐ TOSSE	10011224

☐ DOR CORPORAL GERAL	10048971	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRAT. AGUDA	10001053	☐ TOSSE PAROXÍSTICA	10066222
☐ DOR DE GARGANTA	10041367	☐ LESÃO ANAL	10054852	☐ TOSSE SECA	10013773
☐ DOR LOMBAR	10024798	☐ LESÃO CUTÂNEA	10040882	☐ TRISMO	10024793
☐ DOR MUSCULAR	10028287	☐ LESÃO DA PELE	10061364	☐ MENINGOENCEFALITE	10046486
☐ DOR NA PANTURRILHA	10007031	☐ LESÃO GENITAL	10063630	☐ URETRITE	10047340
☐ DOR NAS COSTAS	10003978	☐ LESÃO ORAL	10059037	☐ VERTIGEM	10005886
☐ DOR NAS COSTAS AGUDA	10000683	☐ LEUCOPENIA	10024283	☐ VISÃO TURVA	10047700
☐ DOR NO PEITO	10000425	☐ LINFADENOPATIA	10025197	☐ VÔMITO	10013996
☐ DOR OCULAR	10015958	☐ LINFADENOPATIA AXILAR	10049109	☐ OUTRA	00000002
☐ DOR RETRO-ORBITAL	10050741	☐ LINFADENOPATIA INGUINAL	10025203	ESPECIFIQUE:	
☐ DOR TORÁCICA	10008461	☐ LINFADENOPATIA CERVICAL	10025200		

40. DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS:	41. PRESENÇA DE SINTOMAS GRIPAIS MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO
---------------------------------	---

42. DOENÇAS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO

43. DOENÇAS AGRAVOS RELACIONADOS AO DESASTRE MARCAR X: ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DADOS LABORATORIAIS

44. DATA DA INVESTIGAÇÃO:	45. DATA DA COLETA DA AMOSTRA:
---------------------------	--------------------------------

46. ORIGEM DA AMOSTRA MARCAR X: ☐ LÍQUIDO PLEURAL ☐ SANGUE ☐ LÍQUOR ☐ OUTRO
46.1. SE OUTRO, CITE:
46.2. SE LÍQUOR, CITE O NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DE MENINGITE NO SINAN:

47. RESULTADO LABORATÓRIO LOCAL (CULTURA) ☐
1. S. PNEUMONIAE 2. H. INFLUENZAE 3. N. MENINGITIDIS 4. NÃO DETECTÁVEL 5. CULTURA NEGATIVA

48. RESULTADO LACEN qPCR ☐
1. S. PNEUMONIAE 2. H. INFLUENZAE 3. N. MENINGITIDIS 4. OUTRA BACTÉRIA 5. NÃO REALIZADO

49. RESULTADO LRN-IAL (TIPAGEM):

50. DETECTOU RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA? ☐ 1. SIM 2. NÃO 3. NÃO REALIZADO TESTE DE SENSIBILIDADE
50.1. SE SIM, SINALIZAR APENAS OS ANTIBIÓTICOS QUE APRESENTARAM RESISTÊNCIA (LRN – IAL) MARCAR X:
☐ OXACILINA ☐ PENICILINA ☐ CEFTRIAXONA ☐ ERITROMICINA ☐ SULFAMETAXOZOLE - TRIMETOPRIMA
☐ CLINDAMICINA ☐ LEVOFLOXACINA ☐ RIFAMPICINA ☐ TETRACICLINA ☐ OUTRO 50.1.1. SE OUTRO, CITE:

DADOS DE HOSPITALIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA

51. DATA DE INTERNAÇÃO:	52. UF DE INTERNAÇÃO:
-------------------------	-----------------------

53. MUNICÍPIO DE INTERNAÇÃO:	54. CÓDIGO IBGE:
------------------------------	------------------

55. NOME DO HOSPITAL:	56. CÓDIGO CNES:
-----------------------	------------------

57. TEVE ATENDIMENTO EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE ANTES DA INTERNAÇÃO? (Marcar X) ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 9. IGNORADO
57.1 SE SIM, QUANTOS ATENDIMENTOS?
57.2 SE SIM, QUAIS SERVIÇOS? ☐ 1. UBS 2. CONSULTÓRIO PRIVADO 3. POLICLÍNICA 4. UPA / PRONTO ATENDIMENTO 5. HOSPITAL 6. OUTRO
57.2.1 SE OUTRO INFORME:

58. ANTIBIOTICOTERAPIA? (CONSIDERAR NO PREENCHIMENTO O PRINCIPAL TRATAMENTO INSTITUÍDO) ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO		
58.1 SE SIM, QUAIS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS? MARCAR X: ☐ CEFTRIAXONA ☐ ERITROMICINA ☐ PENICILINA ☐ VANCOMICINA		
☐ MEROPENEM ☐ LEVOFLOXACINA ☐ OUTROS 58.1.1 SE OUTRO, QUAL:		
58.2 DATA DE INÍCIO:	58.3 DURAÇÃO DO TRATAMENTO:	DIAS

59. ANTIBIOTICOTERAPIA ATUAL (CONSIDERAR NO PREENCHIMENTO O PRINCIPAL TRATAMENTO INSTITUÍDO) ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO		
59.1 SE SIM, QUANTOS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS? MARCAR X: ☐ CEFTRIAXONA ☐ ERITROMICINA ☐ PENICILINA ☐ VANCOMICINA		
☐ MEROPENEM ☐ LEVOFLOXACINA ☐ OUTROS 59.1.1 SE OUTRO, QUAL:		
59.2 DATA DE INÍCIO:	59.3 DURAÇÃO DO TRATAMENTO:	DIAS

60. DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO MARCAR X: ☐ PNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL ☐ PNEUMONIA BACTERÊMICA ☐ BACTEREMIA ☐ SEPSSE
☐ EMPIEMA ☐ CHOQUE SÉPTICO ☐ MENINGITE ☐ MENINGOENCEFALITE ☐ IGNORADO ☐ PERICARDITE ☐ OUTROS
60.1 SE OUTROS, QUAIS:

61. INTERNAÇÃO EM UTI: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO	
61.1 SE SIM, DATA DE INTERNAÇÃO NA UTI:	61.2 DATA DA ALTA NA UTI:

62. USO DE DROGAS VASOATIVAS: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
63. USO DE OXIGENOTERAPIA? ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
64. USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO? ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO 64.1 SE SIM, QUAL SUPORTE VENTILATÓRIO? MARCAR X: ☐ INVASIVO ☐ NÃO INVASIVO			
65. DRENAGEM TORÁCICA FECHADA OU TORACTOMIA: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
66. BRONCOSCOPIA: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
67. BREVE RELATO CLÍNICO:			
68. TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR? ☐ 1. SIM 2. NÃO SE SIM, INFORME:			
68.1 DATA DA TRANSFERÊNCIA:		68.2 NOME DO HOSPITAL:	
68.3 CÓDIGO CNES:	68.4 UF:	68.5 MUNICÍPIO:	68.6 CÓDIGO IBGE:
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
69. VACINAÇÃO CONTRA PNEUMOCOCCO: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO 69.1 SE SIM, INFORME:			
VPC7	Nº DE DOSES:	DATA DA ÚLTIMA DOSE:	VPC15 Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
VPC10	Nº DE DOSES:	DATA DA ÚLTIMA DOSE:	VPC20 Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
VPC13	Nº DE DOSES:	DATA DA ÚLTIMA DOSE:	VPSP23 Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
70. VACINAÇÃO CONTRA Hib: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO SE SIM, INFORME:			
PENTA	Nº DE DOSES:	DATA DA ÚLTIMA DOSE:	HEXA Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
71. VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO		SE SIM, INFORME:	DATA DA ÚLTIMA DOSE:
72. VACINAÇÃO CONTRA COVID 19: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO		SE SIM, INFORME:	Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
73. VACINAÇÃO CONTRA VSR: ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO		SE SIM, INFORME:	Nº DE DOSES: DATA DA ÚLTIMA DOSE:
74. DOENÇAS OU CONDIÇÕES PREEXISTENTES? ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO SE SIM, QUAIS?			
☐ HIV + AIDS	☐ IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	☐ LEUCEMIA	☐ DOENÇA RESPIRATÓRIA
☐ FUMANTE	☐ PESSOA EM SITUAÇÃO DE ABRIGO	☐ DIABETE	☐ IMPLANTE COCLEAR
☐ IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA	☐ ANEMIA FALCIFORME	☐ DOENÇA DO FÍGADO	☐ DOENÇA CARDIOVASCULAR
☐ ALCOOLISMO	☐ LINFOMA	☐ DOENÇA RENAL	
☐ OUTRAS, ESPECIFIQUE:			
75. TESTOU POSITIVO PARA INFLUENZA OU OUTRO VÍRUS RESPIRATÓRIOS NOS ÚLTIMOS 10 DIAS? ☐ 1. SIM 2. NÃO 3. TESTE NÃO REALIZADO 9. IGNORADO			
76. TEVE OTITE MÉDIA AGUDA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
77. CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE MENINGITE OU PNEUMONIA (ATÉ 10 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS)? ☐ 1. SIM 2. NÃO			
77.1 SE CONTATO, INFORME: ☐ 1. SEM HISTÓRIA DE CONTATO 2. DOMICÍLIO 3. DORMITÓRIO COMPARTILHADO 4. VIZINHANÇA 5. TRABALHO			
6. CRECHE / ESCOLA 7. POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 8. EVENTO SOCIAL 9. IGNORADO 10. OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO 11 OUTRO PAÍS			
77.2 NOME DO CONTACTANTE:		77.3 DDD TELEFONE DO(A) CONTACTANTE:	
77.4 ENDEREÇO DO CONTACTANTE:			
78. SE INDIVÍDUO COM 60 ANOS OU MAIS, TEM CONTATO INTRADOMICILIAR COM CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS? ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO			
79. CONTATO COM SUSPEITO OU CONFIRMADO COM FARINGITE ESTREPTOCÓCICA OU ESCARLATINA (ATÉ 10 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS)? ☐ 1. SIM 2. NÃO			
79.1 SE CONTATO, INFORME: ☐ 1. SEM HISTÓRIA DE CONTATO 2. DOMICÍLIO 3. DORMITÓRIO COMPARTILHADO 4. VIZINHANÇA 5. TRABALHO			
6. CRECHE / ESCOLA 7. POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 8. EVENTO SOCIAL 9. IGNORADO 10. OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO 11 OUTRO PAÍS			
79.2 NOME DO CONTACTANTE:		79.3 DDD TELEFONE DO(A) CONTACTANTE:	
79.4 ENDEREÇO DO CONTACTANTE:			
DESFECHO			
80. EVOLUÇÃO MARCAR X: ☐ 1. ALTA HOSPITALAR COM SEQUELA ☐ 2. ALTA HOSPITALAR SEM SEQUELA ☐ 3. ÓBITO ☐ 4. INTERNAÇÃO			
80.1 SE SEQUELA ESPECIFIQUE CID:			
81. DATA DA EVOLUÇÃO:		82. DATA DO ENCERRAMENTO:	
RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO			
83. PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO:			
83.1 CONSELHO PROFISSIONAL E Nº DE REGISTRO:			
83.2 E-MAIL INSTITUCIONAL:			
83.3 TELEFONE:			