



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE

Nº

CASO SUSPEITO: INDIVÍDUO QUE APRESENTE LESÕES NA PELE, QUE SE INICIAM COMO UMA PEQUENA PÁPULA, QUE PODEM EVOLUIR PARA UMA FORMA ULCERADA, COM OU SEM SECREÇÃO SEROPURULENTO, DISPOSTAS OU NÃO EM FILEIRA; COM HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA DE TRAUMA CUTÂNEO POR MATERIAL DE ORIGEM VEGETAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO COM FUNGO OU ARRANHADURA/ MORDEDURA POR GATOS OU CONTATO COM FERIDAS DESSES ANIMAIS.

Dados Gerais	1	TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2- INDIVIDUAL									
	2	AGRAVO/DOENÇA		ESPOROTRICOSE	CÓDIGO (CID 10)	3	DATA DA NOTIFICAÇÃO						
	4	UF	5	MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		6	CÓDIGO IBGE						
	7	UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		8	CÓDIGO		9	DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS					
Notificação Individual	10	NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIACÕES)				11	DATA DE NASCIMENTO						
	12	IDADE		13	SEXO		14	GESTANTE		15	RAÇA/COR		
	1- HORA 2- DIA 3- MÊS 4- ANO		1- Masculino 2- Feminino		<input type="checkbox"/>		1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade Gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>		1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
	16 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 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 <input type="checkbox"/>												
17	NÚMERO DO CARTÃO SUS				18	NOME DA MÃE							
Dados de Residência	19	UF	20	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		21	CÓDIGO IBGE						
	22	BAIRRO		23	LOGRADOURO		24	CÓDIGO					
	25	NÚMERO		26	COMPLEMENTO		27	DISTRITO					
	28	GEO CAMPO 1		29	GEO CAMPO 2		30	PONTO DE REFERÊNCIA		31	CEP		
	32	(DDD) TELEFONE			33	ZONA		34	PAÍS (Se residente fora do Brasil)				
	1- URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 4- IGNORADO		<input type="checkbox"/>										
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO												
35	DATA DA INVESTIGAÇÃO				36	OCUPAÇÃO							
SITUAÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS SEMANAS (14 DIAS)													
37	FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, SÍTIOS, OUTROS? 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
MATA		FLORESTA		RIOS		CACHOEIRAS		SÍTIOS		OUTROS			
38	TEVE CONTATO COM ANIMAIS? 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
CÃO		GATO		EQUINOS		OUTROS ANIMAIS							
39	NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
MORDEDURA		ARRANHADURA		LESÕES CUTÂNEAS (ÚLCERAS) DO ANIMAL				LESÕES MUCOSAS DO ANIMAL					
<input type="checkbox"/> OUTROS _____													
40	RELAÇÃO COM O ANIMAL DOENTE 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PROFISSIONAL DE SAÚDE (*)					1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO		
TRATADOR/PROPRIETÁRIO DO ANIMAL		PROFISSIONAL DE SAÚDE (*)		(*) VETERINÁRIO, ENFERMEIRO, TRATADOR DE ANIMAL EM CLÍNICAS									
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		OUTRO _____							
ABRIGO/ONG		OUTRO											
41	EXERCE ATIVIDADE QUE RESULTE EM CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS? 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
(JARDINEIROS, AGRICULTORES, HORTICULTORES, EXPLORADORES DE MADEIRA, TRABALHADORES RURAIS)													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
42	HISTÓRIA DE CORTE, LESÃO OU TRAUMA DURANTE O MANUSEIO DE PLANTAS OU MATERIAL ORGÂNICO SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO? (EX: TÁBUAS ÚMIDAS DE MADEIRA, SOLO, PALHAS, FARPAS, ESPINHOS, VEGETAIS) 1-SIM 2-NÃO 9- IGNORADO												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DADOS CLÍNICOS	43 PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO		44 NATUREZA DA LESÃO <input type="checkbox"/> PÁPULA <input type="checkbox"/> ÚLCERA <input type="checkbox"/> LINFONODOS <input type="checkbox"/> OUTROS _____		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
	45 LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA)					
	<input type="checkbox"/> MÃO <input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> ABDOME <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> TODO O CORPO <input type="checkbox"/> OUTRO _____					
DADOS LABORATORIAIS	46 DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO				QUAL LOCALIZAÇÃO? _____	
	47 HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO			48 DATA DA COLETA		
	49 RESULTADO DO ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> 1-DETECTADO 2-NÃO DETECTADO 3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO			50 AGENTE		
	51 HISTOPATOLOGIA <input type="checkbox"/> 1-COMPATÍVEL 2-NÃO COMPATÍVEL 3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO				OUTROS EXAMES REALIZADOS	
	52 DATA		DESCRIÇÃO		RESULTADO	
	53 DATA		DESCRIÇÃO		RESULTADO	
	54 DATA		DESCRIÇÃO		RESULTADO	
TRATAMENTO	55 DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO		56 DROGA ADMINISTRADA		57 ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	
	58 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO		59 DATA DA INTERNAÇÃO		60 DATA DA ALTA	
	63 MUNICÍPIO DO HOSPITAL				61 UF	
	63 NOME DO HOSPITAL				62 CÓDIGO DO IBGE	
					64 CÓDIGO	
CONCLUSÃO	65 CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/> 1 - CONFIRMADO 2- DESCARTADO		66 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> 1- CLÍNICO LABORATORIAL 2- CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO			
	67 CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> 1- SIM 2- NÃO 3- INDETERMINADO			68 UF		69 PAÍS
	70 MUNICÍPIO				71 CÓDIGO DO IBGE	
	72 DISTRITO		73 BAIRRO		74 ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 9 - IGNORADO	
	75 AMBIENTE DA INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - DOMICILIAR 2- TRABALHO 3- LAZER 4- OUTRO 9 - IGNORADO			76 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO		
	77 EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> 1 - CURA 2- OBITO PELO AGRAVO 3- OBITO OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO			78 DATA DO ÓBITO		79 DATA ENCERRAMENTO
	OBSERVAÇÃO					
INVESTIGADOR	80 NOME		81 FUNÇÃO		82 ASSINATURA	