



Indivíduo não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado (assinale uma das opções abaixo):

- Febre de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, **procedente de Campinas ou de outras áreas com recomendação de vacina para Febre Amarela OU**
- Febre de início agudo acompanhado de dois ou mais sinais: cefaleia, mialgia, artralgia, vômito, dor abdominal mesmo anictérico e sem hemorragias com e **EXPOSIÇÃO EM ÁREA RURAL DE CAMPINAS** (estes casos só serão investigados para Febre Amarela se houver alterações laboratoriais sugestivas)

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **FEBRE AMARELA** 3 Data da Notificação
 Código (CID10) **A 9 5.9**

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

10 (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 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe
 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

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 30 País (se residente fora do Brasil)
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias

1- Sim 2- Não 9- Ignorado Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.)
 Isolamento de vírus em mosquitos
 Presença de mosquito Aedes aegypti em área urbana (Observar período de viremia do paciente)

34 Vacinado Contra Febre Amarela 35 Caso Afirmativo, Data 36 UF
 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

37 Município Código (IBGE) 38 Unidade de Saúde Código

39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Dor abdominal Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)
 Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta) Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)
 Febre Anorexia Alteração no paladar Cefaleia Prostração Congestão conjuntival
 Icterícia Colúria Rubor facial Mialgia

Outros sintomas: _____

40 Ocorreu Hospitalização? 41 Data da Internação 42 UF
 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

43 Município Código (IBGE) 44 Unidade de Saúde Código

Dados laboratoriais

Exame Sorológico (IgM)

46 Data da Coleta (1ª Amostra) <input type="text"/>	47 Resultado da 1ª amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado <input type="checkbox"/>	48 Data da Coleta (2ª Amostra) <input type="text"/>	49 Resultado da 2ª amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

Isolamento Viral

50 Material Coletado 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Coleta <input type="text"/>	52 Resultado do isolamento 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4- Não realizado <input type="checkbox"/>
--	---	--

Histopatologia

53 Resultado
1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado

Imunohistoquímica

54 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR

55 Data da Coleta <input type="text"/>	56 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado <input type="checkbox"/>
---	--

Conclusão

57 Classificação Final 1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana 3 - Descartado (especificar _____) <input type="checkbox"/>	58 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>
--	--

Local Provável de Infecção

59 Caso autóctone do município de residência 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado <input type="checkbox"/>	60 UF <input type="text"/>	61 País <input type="text"/>	62 Município <input type="text"/>	Código (IBGE) <input type="text"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

63 Distrito <input type="text"/>	64 Bairro <input type="text"/>	65 Localidade <input type="text"/>
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

66 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Atividade desenvolvida no local provável de infecção 1 - Trabalho 2 - Turismo 3 - Lazer 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
---	--

68 Evolução do Caso 1-Cura 2-Óbito por febre amarela 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	69 Data do Óbito <input type="text"/>	70 Data do Encerramento <input type="text"/>
---	--	---

Informações complementares e observações

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	Detalhar

Deslocamento cotidiano

	Nome do local	Endereço	Horário
Trabalho			
Estudo			
Outros			

Data							
PA em pé							
PA sentado							
Pulso							
Temperatura							
Leucócitos totais							
Neutrófilos							
Bastões							
Metamielócitos							
Linfócitos							
TGO/TGP							
Bilirrubinas (T/D/I)							
U/C							
RNI/R (casos graves)							

Investigador Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>	Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>
Assinatura <input type="text"/>	