



CASO SUSPEITO: Dados epidemiológicos compatíveis quando clínico sugestivo, com exame parasitológico direto negativo ou não realizado.
CASO CONFIRMADO: Paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas ou achados necrôscopos positivos ou presença de anticorpos anti T. Cruzi classe IgM no sangue periférico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
	11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	
Dados de Residência	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso		
Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação	
	32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)	
	UF	Município
	34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio	
	35 Data de encontro dos vestígios	
36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias		
37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia		
38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi		
39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica		
40 Possibilidade de transmissão por via oral		
Dados Clínicos	41 Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Assintomático	<input type="checkbox"/> Edema de face/membros
	<input type="checkbox"/> Febre Persistente	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia
<input type="checkbox"/> Sinais de Meningoencefalite	<input type="checkbox"/> Sinais de ICC	
<input type="checkbox"/> Chagoma de Inoculação/sinal de Romã	<input type="checkbox"/> Poliadenopatia	
<input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/Arritmias	<input type="checkbox"/> Outros _____	

Dados do Laboratório

Exames Realizados

42 Data da coleta

43 Parasitológico Direto
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço Outro
 Strout/Microhematócrito/QBC

44 Data da coleta

45 Parasitológico Indireto
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Xenodiagnóstico Hemocultivo

46 Data da coleta S1

47 Data da coleta S2

48 Resultado da Sorologia para ELISA
IgM IgG
1 - Reagente §1 §1
2 - Não-Reagente S2 S2
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

49 Resultado da Hemoaglutinação
IgM IgG
1 - Reagente §1 §1
2 - Não-Reagente S2 S2
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI
IgM Titulos IgG Titulos
1 - Reagente §1 1: S1 1:
2 - Não-Reagente S2 1: S2 1:
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

51 Data da coleta do Histopatológico

52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Tratamento

53 Tipo de Tratamento Específico Sintomático
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Droga Utilizada no Tratamento Específico
1 - Benzimidazol 2 - Outro

55 Tempo de tratamento (em dias)

Medidas de Controle

56 Medidas Tomadas
1 - Sim Controle de Triatomídeos Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório
2 - Não Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia Outros _____
3 - Não se Aplica
9 - Ignorado

Conclusão

57 Classificação Final
1-Confirmado 2-Descartado

58 Critério de Confirmação/Descarte
1 - Laboratório
2 - Clínico-Epidemiológico
3 - Clínico

59 Evolução do Caso
1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Aguda
3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado

60 Data do Óbito

Modo/Local Provável da Fonte de Infecção

61 Modo Provável da Infecção
1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical
4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada

62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)
1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio
3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado

63 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

64 UF 65 País

66 Município Código (IBGE) 67 Distrito 68 Bairro

69 Doença Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

70 Data do Encerramento

Observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura