


FICHA NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE COM EXANTEMA.

 <div>                     Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo                      Coordenadoria de Controle de Doenças - Centro de Vigilância                      Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"                 </div>		Data de notificação (DD/MM/AA)						
<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>								
1	Nome		2	Data de nascimento	3	Idade (anos)		
4	Gênero <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino		5	Gestante <input type="checkbox"/> 1-sim <input type="checkbox"/> 2-não			6	Idade gestacional
7	vacina tríplice		8	data da vacina tríplice				
9	Endereço (rua/avenida/nº/bairro)							
10	Município de residência		11	UF	12	GVT	13	Contato (telefone/email)
<b>3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>								
14	Dengue atolor <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não		15	Ano da ocorrência				
<b>4. SINAIS E SINTOMAS</b>								
16	Data de início dos sintomas							
17	Sinais e sintomas 1-sim 2-não 9- ignorado							
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Poliartrite <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas _____		<input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Sintomas respiratórios <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Edema de membros		<input type="checkbox"/> Outros _____				
<b>4. ATENDIMENTO</b>								
18	Nome do hospital					Data de atendimento		
19	Município do hospital					20 UF		