



CASO SUSPEITO: Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
	FEBRE TIFÓIDE		A 0 1 . 0			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7		Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	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 4 - Idade gestacional ignorada 9 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	14		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			
15	Número do Cartão SUS		16				Nome da mãe	

Dados de Residência	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								

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	33	Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas)		1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outros Estados/Municípios 7 - Outros: 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado				
	34	Nome do Contato		35				(DDD) Telefone
	36	Sugestão de Vínculo com:		1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento suspeito 4 - Deslocamento 5 - Outros 9 - Ignorado				
	37	Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Roséola Tífica <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Dissociação pulso-temperatura					
38	Complicações		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Perfurações Intestinais <input type="checkbox"/> Outras					

Atendimento	39	Tipo de Atendimento		40		Data do Atendimento	41	UF
	1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado							
42	Município do Hospital		Código (IBGE)	43		Nome do Hospital	Código	

Lab.	44	Material Coletado		45		Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Dados do Laboratório (cont.)

46 Exames Laboratoriais
 Resultado: 1 - Salmonella typhi 2 - Salmonella spp 3 - Negativo 4 - Outro Agente (especificar)

	Hemocultura	Coprocultura	Urocultura	Outros
Data da 1ª Coleta				
Resultado 1ª Amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Data da 2ª Coleta				
Resultado 2ª Amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Data da 3ª Coleta				
Resultado 3ª Amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Tratamento

47 Antibióticos Utilizados no Tratamento

1 - Sim Cloranfenicol Ampicilina Sulfametoxazol+Trimetoprima
 2 - Não Quinolona Outro _____ Tempo de Uso _____ Dias
 9 - Ignorado

Conclusão

48 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado
 49 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)

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

51 UF _____ 52 País _____

53 Município _____ Código (IBGE) _____ 54 Distrito _____ 55 Bairro _____

56 Doença Relacionada ao Trabalho 57 Evolução do Caso
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1-Cura 2-Óbito por febre tifóide 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado

58 Data do Óbito _____ 59 Data do Encerramento _____

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 45 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Alimentos Consumidos na Última Semana e Sugestivos de Contaminação

Tipo de Alimento	Local de Consumo

Observações Adicionais

Investigador

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

Nome _____ Função _____ Assinatura _____