



Definição de Caso Suspeito de Dengue: Febre sem etiologia definida, principalmente se associada a mialgia, cefaléia, prostração e dor retroorbital.

SINAN nº _____

Definição de Caso Suspeito de Chikungunya: Febre de início súbito ($\geq 38,5^\circ$ C) E: artrite ou artralgia **intensa** com início agudo não explicadas por outras condições

SINAN nº _____

Definição de Caso Suspeito de Zika: Exantema maculopapular pruriginoso MAIS 2 (dois) dos sintomas: Hiperemia conjuntival sem secreção e sem prurido **OU** Febre **OU** Poliartralgia **OU** Edema periarticular (mãos e pés)

SINAN nº _____

OBSERVAÇÃO: Se critério de **CHIKUNGUNYA** até 8º dia de sintoma ou **ZIKA** até 3º dia de sintoma, ligar para VISA e discutir coleta de exames.

Dados Gerais

2 Agravado/doença **1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA 3 - ZIKA** Código (CID10) _____

3 Data da Notificação _____

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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor 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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil) _____

Inv.

31 Data da Investigação _____

32 Ocupação _____

Dados clínicos

33 Sinais clínicos **1-Sim 2- Não**

Febre Cefaleia Vômito Dor nas costas Artrite Petéquias Prova do laço positiva

Mialgia Exantema Náuseas Conjuntivite Artralgia intensa Leucopenia Dor retroorbital

Anorexia Prurido Prostração Hiperemia conjuntival Edema de mãos e pés Adenomegalia Alteração do paladar

Outros: _____ Data de início do exantema: _____

34 Doenças pré-existentes **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

Diabetes Hepatopatias Hipertensão arterial Doenças auto-imunes

Doenças hematológicas Doença renal crônica Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) _____

36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2) _____

37 Data da Coleta _____

38 Resultado S1 S2 PRNT
1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta _____

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

41 Exame NS1 Data da Coleta _____

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

43 Isolamento Data da Coleta _____

44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado

45 RT-PCR Data da Coleta _____

46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado

47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4

48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Nome do paciente:

ou Nº da Notificação

(para não se perder da frente, obrigado)

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento			

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência	
<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:				
71 Data de início dos sinais de gravidade:	Marcar as articulações afetadas no modelo ao lado D: dor; E: edema; Ar: Derrame articular; V:vermelhidão (uma articulação pode ter mais de uma letra).			



Deslocamento nos últimos 15 dias			
Município	UF ou país	Data de chegada	Data de retorno

Deslocamento cotidiano			
	Nome do local	Endereço	Horário
Trabalho			
Estudo			
Outros			

Observações, outros exames solicitados (data, exame e resultados)

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	