



**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	<b>Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)</b>				
	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	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<b>Extravasamento grave de plasma:</b>		<b>Sangramento grave:</b>	
<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	<b>Comprometimento grave de órgãos:</b>		
<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	
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

**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