

## Ficha Interina de Investigação de FEBRE DO CHIKUNGUNYA

**CASO SUSPEITO:** Paciente com febre de início súbito (temperatura maior de 38,5º C) E artralgia ou artrite intensa não explicadas por outras condições e residindo ou tendo visitado áreas endêmicas (ou epidêmicas) até 2 semanas antes do início dos sintomas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>		
	2 Agravado/doença <span style="float: right;">Código (CID10)</span> 3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação <span style="float: right;">Código (IBGE)</span>	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) <span style="float: right;">Código</span> 7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente <span style="float: right;">9 Data de Nascimento</span>		
	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 à 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 <span style="float: right;">Código (IBGE)</span> 19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...) <span style="float: right;">Código</span>
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...) <span style="float: right;">24 Geo campo 1</span>
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência <span style="float: right;">27 CEP</span>
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)
	Conclusão		
	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado 33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF 36 País	
37 Município <span style="float: right;">Código (IBGE)</span>		38 Distrito <span style="float: right;">39 Bairro</span>	
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento	

Dados detalhados sobre deslocamento nos 15 dias que antecedem o início dos sintomas:

Local da viagem (se Brasil incluir: endereço, atividades desenvolvidas...)	Data de chegada	Data de saída

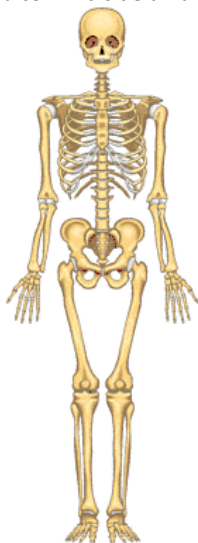
**Dados laboratoriais**

<b>Exame Sorológico (IgM)</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>Exame Sorológico (IgG)</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>RT-PCR</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>Isolamento Viral</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
Outros agravos investigados (marcar se investigado e o resultado):				
<input type="checkbox"/> Dengue	IgM	Data da Coleta	__/__/__	Resultado
	RT-PCR	Data da Coleta	__/__/__	Resultado
<input type="checkbox"/> Malária		Data da Coleta	__/__/__	Resultado
Outras doenças em investigação (detalhar):				

**Dados Clínicos**

Hospitalização?	Internação	__/__/__	Alta	__/__/__	Nome do hospital, município:	_____
Febre?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Dor nas costas?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Manifestações na pele? 1-Sim 2-Não 9- Ignorado (se sim especificar): _____						
Mialgia?	1-Sim 2-Não 9- Ignorado		Cefaléia?	1-Sim 2-Não 9- Ignorado		
Vômito?	1-Sim 2-Não 9- Ignorado		Diarréia?	1-Sim 2-Não 9- Ignorado		
Manifestações hemorrágicas (local)?			1-Sim 2-Não 9- Ignorado: _____			
Sintomas respiratórios (se sim especificar): _____						
Outros sinais, sintomas e condições prévias:						

**Marcar as articulações** afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte: D: dor; E: edema; Ar: Derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra).

**Informações complementares e observações**

Observações adicionais


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

NOT\_CONCLU\_NET 15/12/2006 MR COREL

Notificação/conclusão Sinan NET SVS 27/09/2005