

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA**

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae.aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	
	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
	14						Escolaridade
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)

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação		32	Ocupação
------	----	----------------------	--	----	----------

Dados clínicos	33						Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos	1-Sim 2- Não						
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Vômito	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva
	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	Artralgia intensa	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Dor retroorbital
	34						Doenças pré-existentes	1-Sim 2- Não 9-Ignorado						
<input type="checkbox"/>	Diabetes		<input type="checkbox"/>	Hepatopatias		<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Doenças auto-imunes					
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas		<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica		<input type="checkbox"/>	Doença ácido-péptica							

Dados laboratoriais	35			36			37			38		
	Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)			Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)			Exame PRNT			Resultado		
										S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		
										1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	39			40			41			42		
	Data da Coleta			Resultado			Data da Coleta			Resultado		
			1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado						1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado			
43			44			45			46			
Isolamento			Resultado			RT-PCR			Resultado			
Data da Coleta			1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado			Data da Coleta			1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
47			48			49						
Sorotipo			Histopatologia			Imunohistoquímica						
1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4			1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado			1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado						

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	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	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	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica	
65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 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 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 instensa 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	Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia		Comprometimento grave de órgãos:	
			<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:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

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