

CASO SUSPEITO: Paciente com 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 FEBRE CHINKUNGUNYA		3 Código (CID10) A92		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	
	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	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	
	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						Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade	
	Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
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)			
	Unidade de Saúde de Referência							
	DADOS CLÍNICOS E LABORATÓRIAS							
D.C. LAB	31 Data da Investigação			32 Ocupação				
	33 Sinais clínicos 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							
DADOS CLÍNICOS	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não <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							
DADOS LABORATORIAIS	Sorologia (IgM) Chikungunya			Exame PRNT				1 - Reagente
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Data da Coleta		38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRINT <input type="checkbox"/> 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	

DADOS LABORATORIAS	Isolamento		RT-PCR	
	43 Data da Coleta	44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	45 Data da Coleta	46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado
HOSPITALIZACÃO	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	
	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital Código (IBGE)
CONCLUSÃO	54 Nome do Hospital		Código	55 (DDD) Telefone
	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 1- Aguda 2- 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

D.CLÍNICOS-DENGUE COM SINAIS DE ALARME E DENGUE GRAVE	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não	<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"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____		
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

CONCLUSÃO	OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função