

CASO SUSPEITO: Paciente com febre com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos **2 dos seguintes sintomas:** cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema e com exposição à área com transmissão de dengue ou com presença de Aedes aegypti nos últimos quinze dias.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença			Código (CID10)		3 Data da Notificação
	DENGUE			A90		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Raça/Cor					14 Escolaridade
	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena					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		
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente	
	1- sim 2- não		1- sim 2- não		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		30 País (se residente fora do Brasil)	
	()		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Unidade de Saúde de Referência					
	DADOS CLÍNICOS E LABORATÓRIAS					
D.C. LAB	31 Data da Investigação			32 Ocupação		
	33 Sinais clínicos					
DADOS 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					
	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	Sorologia (IgM) Chikungunya			Exame PRNT		
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Data da Coleta	
					38 Resultado	
					1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado		41 Exame NS1 Data da Coleta		
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				
				42 Resultado		
				1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		

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	
HOSPITALIZACAO	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)
CONCLUSAO	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"/> Acúmulo de líquidos	
	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:				

CONCLUSAO	OBSERVAÇÃO:

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