

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|---|-------------------------|--|
| DADOS GERAIS | 1 Tipo de Notificação 2- Individual | | 3 Data da Notificação | | | |
| | 2 Agravado/doença DIFTERIA | | Código (CID10) A36.9 | 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 |
| | 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 COMPLEMENTARES DO CASO | | | | | | |
| ANT. EPIDEMIOLÓGICOS | | 31 Data da Investigação | | 32 Ocupação | | |
| | 33 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | 34 Nome do Contato | | | | | |
| | 35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) | | | | | |
| | 36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado | | | | 37 Data da Última Dose | |
| DADOS CLÍNICO | 38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | 39 Temperatura Corporal | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ganglionar <input type="checkbox"/> Edema de Pescoço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Pseudomembrana <input type="checkbox"/> Palidez | | | | °C | |

| | | | |
|-----------------------|--|-------------------------|--|
| DADOS CLÍNICOS | 40 Localização da Pseudomembrana (Placas) <input type="checkbox"/> Cavidade Nasal <input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Laringe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Órgãos Genitais <input type="checkbox"/> Pálato <input type="checkbox"/> Conduto Auditivo <input type="checkbox"/> Traquéia <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Conjuntiva | | |
| | 41 Complicações Existiram <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétricas <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) 1 - Sim <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Outras: _____ 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | |
| Atendimento. | 42 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 43 Data da Internação |
| | 46 Nome do Hospital | | 44 UF |
| Dados do laboratório. | 47 Material Coletado <input type="checkbox"/> 1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado | | 45 Município do Hospital |
| | 49 Cultura para Difteria <input type="checkbox"/> 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado | | Código (IBGE) |
| Trata men n. | 51 Data da Aplicação do Soro | | 48 Data da Coleta |
| | 52 Antibiótico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 50 Provas de Toxigenicidade 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado |
| Medidas de Controle | 54 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 53 Data de Adm. do Antibiótico |
| | 57 Realizada Coleta de Material dos Comunicantes <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 55 Se Sim, Quantos? <input type="checkbox"/> |
| CONCLUSÃO | 61 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado | | 56 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado |
| | 62 Critério de Confirmação/Descarte 1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clinico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica <input type="checkbox"/> Compatível 5-Clinico 6-Necrópsia | | 58 Se Sim, Em Quantos? <input type="checkbox"/> |
| | 63 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 59 Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes ? <input type="checkbox"/> |
| | 64 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | 60 Medidas de prevenção/controle 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado |
| 65 Data do Óbito | | 66 Data do Encerramento | |
| OBSERVAÇÃO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| INVESTIGADOR | Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde |
| | Nome | Função | Assinatura |