

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

CASO SUSPEITO:

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

CASO CONFIRMADO:

- a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.
- b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		B57.1	
	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	13 Raça/Cor
	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	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
	14 Escolaridade			Etnia
	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			1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	PcD (pessoa com deficiência)	Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Nacionalidade
1- sim 2- não	1- sim 2- não			
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 COMPLEMENTARES DO CASO

ANT. EPIDEMIOLÓGICOS	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)			
	UF	MUNICÍPIO		

ANT. EPIDEMIOLÓGICO	34	Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado	35	Data de encontro dos vestígios	36	História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	37	Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	38	Manipulação/Contato de Material com T. cruzi 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		
	39	Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	40	Possibilidade de transmissão por via oral 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
DADOS CLÍNICOS	41	Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Edema de face/membros <input type="checkbox"/> Sinais de Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Poliadenopatia <input type="checkbox"/> Febre Persistente <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sinais de ICC <input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/Arritmias <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña <input type="checkbox"/> Outros _____				

Exames Realizados

DADOS DO LABORATÓRIO	42	Data da coleta	43	Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço <input type="checkbox"/> Strout/Microhematócrito/QBC <input type="checkbox"/> Outro	
	44	Data da coleta	45	Parasitológico Indireto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Xenodiagnóstico <input type="checkbox"/> Hemocultivo	
	46	Data da coleta S1	48	Resultado da Sorologia para ELISA 1 - Reagente IgM IgG 2 - Não-Reagente S1 S1 3 - Inconclusivo S2 S2 4 - Não Realizado	49	Resultado da Hemoaglutinação 1 - Reagente IgM IgG 2 - Não-Reagente S1 S1 3 - Inconclusivo S2 S2 4 - Não Realizado
	47	Data da coleta S2				
	50	Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI 1 - Reagente IgM Titulos IgG Titulos 2 - Não-Reagente S1 1: S1 1: 3 - Inconclusivo S2 1: 4 - Não Realizado S2 1:				
	51	Data da coleta do Histopatológico	52	Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		

TR AT	53	Tipo de Tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Sintomático	54	Droga Utilizada no Tratamento Específico 1 - Benznidazol 2 - Outro	55	Tempo de tratamento (em dias)
-------	----	--	---	----	---	----	-------------------------------

MED. CONTROL	56	Medidas Tomadas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Controle de Triatomídeos <input type="checkbox"/> Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia	<input type="checkbox"/> Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório <input type="checkbox"/> Outros _____
--------------	----	---	--	---

CONCLUSÃO	57	Classificação Final 1-Confirmado 2-Descartado	58	Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico	59	Evolução do Caso 1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Aguda 3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado	60	Data do Óbito
-----------	----	--	----	--	----	---	----	---------------

Modo/Local Provável da Fonte de

CONCLUSÃO	61	Modo Provável da Infecção 1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra 9 - Ignorada	62	Local Provável da Infecção (no período de 120 dias) 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado			
	63	O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	64	UF	65	Pais	
	66	Município	Código (IBGE)	67	Distrito	68	Bairro
	69	Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	70	Data do Encerramento			

OBSERVAÇÃO

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura