

FEBRE TIFÓIDE

CASO SUSPEITO: Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco)

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual	3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença FEBRE TIFÓIDE	Código (CID10) A01.0		
	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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		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	
	17 UF	18 Município de Residência		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 DE RESIDÊNCIA	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
	31 Data da investigação		32 Ocupação	
	33 Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outros Estados/Municípios 7 - Outros: 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado			
	34 Nome do Contato		35 (DDD) Telefone	
	36 Sugestão de Vínculo com: 1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento suspeito 4 - Deslocamento 5 - Outros 9 - Ignorado			
	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Roséola Tífica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Dissociação pulsotemperatura			
	38 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Perfurações Intestinais <input type="checkbox"/> Outros:			
	39 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		40 Data do Atendimento	41 UF

ATENDIMENTO	42 Município do Hospital <input style="width: 150px;" type="text"/> Código (IBGE) <input style="width: 50px;" type="text"/>		43 Nome do Hospital <input style="width: 150px;" type="text"/> Código <input style="width: 50px;" type="text"/>		
	44 Material Coletado <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		45 Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
DADOS LABORATÓRIO	46 Exames Laboratoriais Resultado: 1 - Salmonella typhi 2 - Salmonella spp 3 - Negativo 4 - Outro Agente (especificar)				
		Hemocultura	Coprocultura	Urocultura	Outros
	Data da 1° Coleta	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
	Resultado 1° amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	Data da 2° coleta	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
	Resultado 2° amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	Data da 3° Coleta	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Resultado 3° amostra	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
TRATAMENTO	47 Antibióticos Utilizados no Tratamento 1 - Sim <input type="checkbox"/> Cloranfenicol <input type="checkbox"/> Ampicilina <input type="checkbox"/> Sulfametoxazol+Trimetoprima 2 - Não <input type="checkbox"/> Quinolona <input type="checkbox"/> Outro: _____ Tempo de Uso <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> dias 9 - Ignorado				
	48 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado		49 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)				
50 Caso autóctone do município de residência <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Indeterminado		51 UF <input style="width: 30px;" type="text"/>	52 País <input style="width: 50px;" type="text"/>	53 Município <input style="width: 100px;" type="text"/>	
54 Distrito <input style="width: 150px;" type="text"/>		55 Bairro <input style="width: 150px;" type="text"/>			
56 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1- Cura 2- Óbito por febre tifoide 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado		58 Data do Óbito <input style="width: 50px;" type="text"/>		59 Data do Encerramento <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Informações complementares e observações					
Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 45 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)					
Data	UF	Município	País	Meio de Transporte	
<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
Alimentos Consumidos na Última Semana e Sugestivos de Contaminação					
Tipo de alimento		Local de Consumo			
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>			
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>			
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>			

CONCLUSÃO

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura