

CASO SUSPEITO (área não endêmica): Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	MALÁRIA		B54	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos primeiros sintomas
	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			15 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 a 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
	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

ANTECEDENTES	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:		34 Tipo de lâmina	35 Sintomas:
1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado		1-BP 2-BA 3-LVC	1-Com sintomas 2-Sem sintomas	
DADOS DO EXAME	36 Data do Exame	37 Resultado do Exame		38 Parasitos por mm3:
		1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O		
TRATAMENTO	39 Parasitemia em "cruzes".:			
	1-< +/2 (menor que meia cruz); 2-+/2 (meia cruz); 3-+ (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro)			
40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária				41 Data Início do Tratamento:
1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias; 4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia; 9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11- Malária grave e complicada 12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrina em 3 dias 99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever:				

CONCLUSÃO	42 Classificação Final 1-Confirmado 2-Descartado <input type="checkbox"/>		
	Local Provável da Fonte de Infecção 43 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	44 UF		45 País provável de infecção
	46 Município provável da infecção:	Código (IBGE)	47 Distrito
48 Bairro		49 Localidade provável da infecção:	50 Data de Encerramento
OBSERVAÇÃO 			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
SMS – UF MUNICÍPIO	Nome do Paciente:		Idade:
	Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/>		
Nº da notificação		Data do exame	Resultado do exame
		Matricula e nome do examinador:	