

PESTE

Definição de caso: Paciente sintomático ganglionar (presença de bubões ou adenite dolorosa) ou respiratório (tosse, dispnéia, dor no peito, escarro muco-sanguinolento) com febre e um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: calafrios, cefaléia, dores no corpo, fraqueza, anorexia, hipotensão e/ou pulso rápido/irregular, oriundo de zonas ativas de ocorrência de peste.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravado/doença PESTE		Código (CID10) A20.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
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

DADOS EPIDEMI	31 Data da Investigação		32 Ocupação				
	33 A ocorrência cumpre condições básicas de risco? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			34 O Caso está associado a eventos positivos de importância epidemiológica para Peste? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
DA DO	35 Os Sinais e Sintomas são compatíveis com a definição de caso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			36 Sintomatologia Específica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/> Pulmonar			
	37 Exame Bacteriológico 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		38 Data da coleta S1		40 Resultado da Sorologia para ELISA 1 - Reagente 2 - Não-Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
DADOS LABORATÓRIO	39 Data da coleta S2		S1 <input type="checkbox"/>				
	41 Resultado da Hemoaglutinação 1 - Reagente 2 - Não-Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		IgM		Títulos		IgG
CONC LUSÃO	42 Caso Tratado? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Instituído Controle Focal? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		44 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		45 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico

CONCLUSÃO

46 Classificação da Forma Clínica 1 - Forma Bubônica 2 - Forma Pneumônica 3 - Septicêmica 4 - Outra		47 Gravidade 1 - Benigno/Ambulatorial 2 - Moderado 3 - Grave <input type="checkbox"/>	
Local Provável da Fonte de Infecção			
48 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	49 UF	50 País	51 Município Código (IBGE)
52 Distrito	53 Bairro		54 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
55 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por peste 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			56 Data do Encerramento

OBSERVAÇÃO

INVESTIGADOR

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