

**DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICO**

**CASO CONFIRMADO:**

Indivíduo, sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para T.cruzi .  
(Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico)

Obs.: não notificar casos já registrados e confirmados em fase aguda.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	<b>DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICO</b>		B57.2	
	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			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 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**

ATENDIMENTO	31 Ano Diagnóstico		32 Modo de suspeição	
	33 UF nascimento		1- Triagem para doador de órgãos/tecidos 6- Demanda espontânea-UBS	
	34 Município de nascimento		2- Receptor em transplante de órgãos/tecidos 7- Demanda espontânea - Hospital ou serviço especializado	
	35 UF provável de infecção		3- Banco de sangue 8- Serviços de assistência em HIV/aids	
	36 Município provável de infecção		37 N° requisição GAL	
38 Sorologia (IgG)		39 PCR detectável?		
1-reagente 2-não reagente 3-inconclusivo 4-não realizado 5-sem informação		1- Sim 2- Não 3- Não realizado		
<input type="checkbox"/> ELISA - Ensaio imunoenzimático (IgG) <input type="checkbox"/> HAI - Hemaglutinação (IgG)		40 Outros exames positivos para DC?		
<input type="checkbox"/> IFI - Imunofluorescência (IgG) <input type="checkbox"/> Quimioluminescência		1- Sim, _____		
		2- Não		

**41 OBSERVAÇÃO**

---



---



---



---



---



---

**42** Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação  1 - Sim 2 - Não

**43** Estado da UBS Município da UBS

Qual a UBS

**44** Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?  1 - Sim 2 - Não

**45** Estado do Hospital/Serviço Especializado Município do Hospital/Serviço Especializado

Qual hospital/serviço especializado

**46** Exames complementares 1- Alterado 2- Normal 3- Não realizado

Eletrocardiograma  RX esôfago  RX tórax  Ecocardiograma  RX colón  Outros: \_\_\_\_\_

**47** Comorbidades 1 - Sim 2 - Não

HIV/aids  Hipertensão  Hepatite crônica  Diabetes  Cardiopatia de outra etiologia  Neoplasias/Outras condições de imunossupressão  Leishmanioses  Outros: \_\_\_\_\_

**48** Forma clínica 1- Indeterminada 2- Cardíaca leve/moderada 3- Cardíaca avançada 4- Digestiva 5- Cardiodigestiva 6- Em investigação

**49** Ocorreu episódio de reativação (reagudização)?  1 - Sim 2 - Não

**50** Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol?  1 - Sim 2 - Não

**Prescrições atuais - Tratamento Específico**

**51** 1ª Linha: Benznidazol (BNZ)  1 - Sim 2 - Não

Total de comprimidos BNZ  Nº dias de TTº

**52** 2ª Linha: Nifurtimox (NFX)  1 - Sim 2 - Não

Total de comprimidos NFX  Nº dias de TTº

**53** Apresentou reações adversas ao BNZ?  1 - Sim 2 - Não

Teve reações  Ageusia  Intolerância gastrointestinal  Dermatopatia leve/moderada  Parestesias  Artralgias  Dermatopatia grave  Depressão medula óssea  Outras: \_\_\_\_\_

**54** Apresentou reações adversas ao NFX?  1 - Sim 2 - Não

Teve reações  Ageusia  Intolerância gastrointestinal  Dermatopatia leve/moderada  Parestesias  Artralgias  Dermatopatia grave  Depressão medula óssea  Outras: \_\_\_\_\_

**55** Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas

**56** Realizada busca ativa?  1 - Sim 2 - Não

**57** Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas

**58** Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa

**59** Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa

**60** Transferência de residência?  1 - Sim 2 - Não

Novo Estado de residência

Novo Município de Residência

**61** Mudança de UBS de acompanhamento?  1 - Sim 2 - Não

UF da nova UBS Município da nova UBS

Nova UBS

<b>62</b> Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	Estado do novo Ambulatório Especializado ou Hospital	Município
Nova unidade de acompanhamento		<b>63</b> Evolução do Caso 1-permanece em acompanhamento 2-Óbito por D. Chagas <input type="checkbox"/> 3-Óbito por outras causas 4- Abondono 5- Cancelado/excluir
<b>64</b> Data do Óbito	<b>65</b> Data do Encerramento	

<b>OBSERVAÇÃO</b>

**INFORMAÇÕES PRÉVIAS À BUSCA ATIVA – FAMILIARES (VIVOS) JÁ COM DOENÇA DE CHAGAS**

Nome do familiar	Parentesco
Nome do familiar	Parentesco
Nome do familiar	Parentesco

**MONITORAMENTO DE BUSCA ATIVA PÓS NOTIFICAÇÃO**

Nome do familiar	Parentesco
CPF	Confirmado para chagas? 1- Sim, nº da notificação: _____ <input type="checkbox"/> 2- Não
Nome do familiar	Parentesco
CPF	Confirmado para chagas? 1- Sim, nº da notificação: _____ <input type="checkbox"/> 2- Não
Nome do familiar	Parentesco
CPF	Confirmado para chagas? 1- Sim, nº da notificação: _____ <input type="checkbox"/> 2- Não

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