

FEBRE MACULOSA

CASO SUSPEITO: Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	Código (CID10) A77.9	3 Data da Notificação
	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 1-1º 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		13 Raça/Cor
	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
	Passaporte	Nacionalidade	
	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			
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
31 Data da investigação	32 Ocupação		
33 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	
<input type="checkbox"/> Náusea /Vômito	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Mialgia	
<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Diarréia	
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Petéquias	
<input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão	<input type="checkbox"/> Estupo/Coma	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	
<input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas	
<input type="checkbox"/> Prostração			
<input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias			
34 Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias) Teve contato com animais? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Carrapato <input type="checkbox"/> Capivara <input type="checkbox"/> Cão/Gato <input type="checkbox"/> Bovinos <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros animais: _____			
35 Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc. <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

TRATAMENTO	36 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 37 Data da Internação <input type="text"/> 38 Data da Alta <input type="text"/> 39 UF <input type="text"/>		
	40 Município do Hospital <input type="text"/> Código (IBGE) <input type="text"/>		41 Nome do Hospital <input type="text"/> Código <input type="text"/>
	42 Diagnóstico laboratorial <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	43 Sorologia <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Data da Coleta S1 <input type="text"/> 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 1: <input type="text"/> S1 <input type="checkbox"/> 1: <input type="text"/> Data da Coleta S2 <input type="text"/> 2 - Não-Reagente S2 <input type="checkbox"/> 1: <input type="text"/> S2 <input type="checkbox"/> 1: <input type="text"/> 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	Isolamento 44 Data da Coleta <input type="text"/> 45 Resultado do isolamento <input type="checkbox"/> 46 Agente <input type="checkbox"/> 1-Detectado 2-Não Detectado 3 - Não realizado		
DADOS LABORATORIAIS ESPECÍFICOS	Histopatologia <input type="checkbox"/> 47 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 48 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
	49 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - descartado		50 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico 3- Clínico
	51 Se descartado, Especificar diagnóstico <input type="text"/>		
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO		
	52 Caso autóctone do município de residência <input type="checkbox"/> 53 UF <input type="text"/> 54 País <input type="text"/> 55 Município <input type="text"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
56 Distrito <input type="text"/>	57 Bairro <input type="text"/>		
CONCLUSÃO	CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO		
	58 Zona <input type="checkbox"/> 59 Ambiente <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Peri-urbana 9- Ignorado 1- Domiciliar 2- Trabalho 3- Lazer 4- Outro 9- Ignorado		
	60 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	61 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 62 Data do Óbito <input type="text"/> 63 Data do Encerramento <input type="text"/> 1- Cura 2- Óbito por febre maculosa 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado		
OBSERVAÇÃO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>		Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>
	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>