

**Definição de caso:** Gatos e cães que apresentem um ou mais dos seguintes sinais: lesão cutânea e/ou mucosa persistente (única ou múltipla, nodular ou ulcerada, com exsudato hemorrágico ou purulento), aumento de volume nasal, espirros, dispnéia, secreção nasal.

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual								
	2	Agravado/doença			3	Data da Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código						
DADOS DA FONTE DE INFORMAÇÃO	7	Nome do(a) Médico(a) Veterinário(a) responsável pelo atendimento			8	Telefone do(a) Médico(a) Veterinário(a) responsável pelo atendimento						
	9	Data do diagnóstico										
	10	Nome de tutor ou da fonte de informação			11	Telefone do tutor ou da fonte de informação						
	12	UF	13	Município	Código (IBGE)	14	DISTRITO					
	15	Bairro		16	Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	17	Número	18	Complemento (apto., casa, ...)		19	Geo campo 1					
	20	Geo campo 2		21	Ponto de Referência	22	CEP					
DADOS DO ANIMAL	23	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado										
	24	Nome do Animal		25	Espécie do animal acometido 1- Cão 2- Gato 5- Outro: <input type="checkbox"/>							
SINAIS CLÍNICOS	26	Castrado? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		27	Mobilidade/Habitação 1- Domiciliado 2- Semi-domiciliado 3- Comunitário 4- Errante 9- Ignorado <input type="checkbox"/>							
	28	Sinais Clínicos? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	29	Aumento da região nasal? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	30	Espirro? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	31	Dispneia? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	32	Secreção Nasal? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	33	Lesão de pele? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>
	34	Se sim, informar quantidade 1- Única 2- Múltiplas (até 5) 3- Disseminada (mais de 5) 4- Sem lesão aparente <input type="checkbox"/>			35	Data início de sinais e sintomas		36	Presença de Imunossupressão? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
DADOS DA INVESTIGAÇÃO	37	Convive com outros animais? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		38	Se sim, quais espécies? 1- Cão 2- Gato 3- Cães e Gatos 5- Outros 9- ignorado <input type="checkbox"/>		39	Se sim, quantos?		40	Há pessoas com lesões sugestivas para esporotricose? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
	41	Se sim, quantidade?										
DADOS LABORATORIOS	42	Houve coleta de material para exame laboratorial? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		43	Informar a data		44	Informar o tipo de exame 1- Citopatologia 2- Cultura <input type="checkbox"/>				
	45	Informar o resultado do exame 1- Em processamento 2- Positivo 3- Negativo 4- Outro fungo 5- Inconclusivo <input type="checkbox"/>										
DADOS DE TRATAMENTO	46	Iniciado tratamento? 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/>		47	Data início do tratamento		48	Qual o tratamento? 1- Itraconazol 2- Iodeto de potássio 3- Cetoconazol 4- Outros 5- Itraconazol + Iodeto de potássio <input type="checkbox"/>				
	49	Se for outro, informar qual?			50	Data do término do tratamento						

CONCLUSÃO

<b>51</b> Classificação final 1- Suspeito 2- Confirmado 3- Descartado <input type="checkbox"/>	<b>52</b> Critério de encerramento 1- Laboratorial 2- Clínico 3- Clínico-epidemiológico <input type="checkbox"/>
<b>53</b> Evolução do Caso 1- Em tratamento 2- Cura 3- Óbito por esporotricose <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outras causas 5- Óbito por eutanásia 9- Ignorado	<b>54</b> Data do óbito

OBSERVAÇÃO


INVESTIGADOR

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