

COQUELUCHE

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse. Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação	2- Individual		
2	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação
	COQUELUCHE	A37.9		
4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data do Diagnóstico
8	Nome do Paciente	9	Data de Nascimento	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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 9- Ignorado
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)	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	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			

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS					
31	Data da investigação	32	Ocupação	33	A Unidade Notificante é Sentinela?
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
34	Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7- Outros: _____ 8-Sem História de contato 9 - Ignorado				
35	Nome do Contato				
36	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
37	Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado			38	Data da Última Dose

DADOS CLÍNICOS

39	Data do Início da tosse	41	Complicações	
40	Sinais e Sintomas	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C	<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Tosse Paroxística	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C 38°C	<input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões)	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho)	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Outros: _____

ATENDIMENTO	42 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		43 Data da Internação				44 UF	
	45 Município do Hospital		Código (IBGE)		46 Nome do Hospital		Código	
TRAT.	47 Utilizou Antibiótico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					48 Data de Adm. do Antibiótico		
	49 Coleta de Material da Nasofaringe <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 Data da Coleta de Material			51 Resultado da Cultura <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3-Não Realizada 9-Ignorado		
MIDAS DE CONTROLE	52 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Se Sim, Quantos?		54 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado			
	55 Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		56 Se Sim, Em Quantos?		57 Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo?		58 Medidas de prevenção/controle <input type="checkbox"/> 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
CONCLUSÃO	59 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado			60 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico 3- clinico				
	61 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	62 Evolução do Caso 1- Cura 2- Óbito por coqueluche 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado		63 Data do Óbito			64 Data do Encerramento		
	Informações complementares e observações							
Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____								
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura			