

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>
			Código (CID10)	3	
			A 90 A 92	Data da Notificação	
4	5	UF		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 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 se aplica									
15	Número do Cartão SUS			16					Nome da mãe

Dados de Residência	17	18	UF		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							

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação		32	Ocupação	
------	----	----------------------	--	----	----------	--

Dados clínicos	33		Sinais clínicos		1-Sim 2- Não			
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Vômito		
	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Náuseas		
	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Petéquias		
<input type="checkbox"/>	Artralgia intensa	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva	<input type="checkbox"/>	Dor retroorbital	
34	Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado							
<input type="checkbox"/>	Diabetes		<input type="checkbox"/>	Hepatopatias		<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas		<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica		<input type="checkbox"/>	Doenças auto-imunes	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Doença ácido-péptica	

Dados laboratoriais	35		Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36		Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37		Exame PRNT		38		Resultado	
											S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
	39		Data da Coleta		40		Resultado		41		Data da Coleta		42		Resultado	
					1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado								1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado			
	43		Isolamento		44		Resultado		45		RT-PCR		46		Resultado	
			Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		3				Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
	47		Sorotipo		48		Histopatologia		49		Imunohistoquímica					
1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4				1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado								

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento		

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
71 Data de início dos sinais de gravidade:				Comprometimento grave de órgãos:
				<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
				<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

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