

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|--------------------------|---|---|--------------------------------|----------|---|------------------------------------|-------------|--|--------------------|--|----|--|----|--|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | Agravado/doença | | Código (CID10) | 3 | Data da Notificação | | | | | | | | | | | | |
| | FEBRE AMARELA | | A 9 5.9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados Gerais | 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 | 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 a 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 | | 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 | | | | | | | | | | | | |
| Dados Complementares do Caso | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupação | 31 | | Data da Investigação | | 32 | | Ocupação | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 34 | | Vacinado Contra Febre Amarela | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | 35 | | Caso Afirmativo, Data | | 36 | | UF | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 37 | | Município | | Código (IBGE) | | 38 | | Unidade de Saúde | | Código | | | | | | | |
| Dados Clínicos | 39 | | Sinais e Sintomas | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | 39 | | Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) | | 41 | | Data da Internação | | 42 | | UF | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atendimento | 40 | | Ocorreu Hospitalização? | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | 41 | | Data da Internação | | 42 | | UF | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 43 | | Município | | Código (IBGE) | | 44 | | Unidade de Saúde | | Código | | | | | | | |
| Dados do Laboratório | 45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bilirrubina Total _____ mg/dl AST (TGO) _____ UI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bilirrubina Direta _____ mg/dl ALT (TGP) _____ UI | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Conclusão