

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual																		
	2	Agravado/doença										Código (CID10)		3	Data da Notificação							
	FEBRE DE CHIKUNGUNYA												A92.0									
	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 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		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)								
Conclusão																						
Conclusão	31		Data da Investigação		32		Classificação Final		1 - Confirmado 2 - Descartado		33		Critério de Confirmação/Descarte		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico							
	Local Provável da Fonte de Infecção																					
	34		O caso é autóctone do município de residência?		1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado		35		UF		36		País									
	37		Município		Código (IBGE)		38		Distrito		39		Bairro									
		40		Doença Relacionada ao Trabalho		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41		Evolução do Caso		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado										
		42		Data do Óbito		43		Data do Encerramento														
Informações complementares e observações																						
Observações adicionais																						
Investigador	Município/Unidade de Saúde										Cód. da Unid. de Saúde											
Nome					Função					Assinatura												
Notificação/conclusão					Sinan NET					SVS 27/09/2005												



**Prefeitura Municipal de Canoas**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria Vigilância em Saúde - Epidemiologia**

Nº

**Sistema de Informação de Agravos de Notificação**  
**ANEXO Ficha de Investigação de FEBRE DO CHIKUNGUNYA**

**CASO SUSPEITO: Paciente com febre de início súbito (temperatura maior de 38,5 °C) e poliartralgia intensa não explicada por outras condições. Residir ou ter visitado áreas endêmicas (ou epidêmicas) até 2 semanas antes do início dos sintomas ou vínculo epidemiológico com caso confirmado são informações relevantes para a suspeita.**

**Dados Laboratoriais** Resultado: 1.Reagente 2.Não reagente 3.Indeterminado 4.Não realizado

**Exame Sorológico (IgM)** Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_  
**Exame Sorológico (IgG)** Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_  
**RT-PCR** Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_  
**Isolamento Viral** Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_

**Outros Agravos investigados**

**Dengue** Sorologia IGM Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_  
NS1 Data da Coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_

**Outras DNC's (especificar):**

**Dados Clínicos e Epidemiológicos:**

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço do local de ocupação: \_\_\_\_\_

**Dados detalhados sobre deslocamento nos 15 dias que antecedem o início dos sintomas:**

Local da viagem: Brasil incluir: endereço, atividades desenvolvidas	Data de chegada	Data de saída

Antecedentes prévios de comorbidades: ( ) Sim ( ) Não Especificar: \_\_\_\_\_

Gestante: ( ) Sim ( ) Não Trimestre: \_\_\_\_\_

**Apresentação Clínica: Aguda (até 7 dias) // Subaguda (até 3 meses) // Crônica (+ 3 meses)**

Hospitalização? ( ) Sim ( ) Não Ignorado Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do hospital: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**Sinais e Sintomas:**

( ) Febre \_\_\_\_°C Edema (identificar local): ( ) Mãos ( ) Punhos ( ) Joelhos ( ) Pés ( ) Tornozelo  
( ) Artralgia intensa ( ) Mialgia ( ) Exantema  
( ) Cefaléia ( ) Vômito ( ) Diarréia  
( ) Hiperemia Conjuntival ( ) Dor nas costas  
( ) Manifestações na pele \_\_\_\_\_  
( ) Gânglios enfiados  
( ) **Outros (Especificar):** \_\_\_\_\_

**OBS: Marcar na figura ao lado as articulações afetadas, de acordo com o seguinte:**

**D: dor;**

**E: edema;**

**Ar: Derrame articular;**

**V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra).**

