

CASO SUSPEITO:

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

CASO CONFIRMADO:

a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.

b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		B 57.1	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
Dados de Residência	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	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)			
	UF		Município	
	34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio		35 Data de encontro dos vestígios	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia		38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi	
	1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
	39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica		40 Possibilidade de transmissão por via oral	
	1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

Dados Clínicos

41

Sinais e Sintomas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assintomático

Edema de face/membros

Sinais de Meningoencefalite

Poliadenopatia

Febre Persistente

Hepatomegalia

Sinais de ICC

Taquicardia Persistente/Arritmias

Astenia

Esplenomegalia

Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña

Outros

Dados do Laboratório

Exames Realizados

42

Data da coleta

43

Parasitológico Direto

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço

Outro

Strout/Microhematócrito/QBC

44

Data da coleta

45

Parasitológico Indireto

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

Xenodiagnóstico

Hemocultivo

46

Data da coleta S1

48

Resultado da Sorologia para ELISA

IgM

IgG

1 - Reagente

2 - Não-Reagente

3 - Inconclusivo

4 - Não Realizado

S1

S1

S2

S2

47

Data da coleta S2

49

Resultado da Hemoaglutinação

IgM

IgG

1 - Reagente

2 - Não-Reagente

3 - Inconclusivo

4 - Não Realizado

S1

S1

S2

S2

50

Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI

IgM

Titulos

1 - Reagente

2 - Não-Reagente

3 - Inconclusivo

4 - Não Realizado

S1

1 :

S2

1 :

IgG

Titulos

S1

1 :

S2

1 :

51

Data da coleta do Histopatológico

52

Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Tratamento

53

Tipo de Tratamento

Específico

Sintomático

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54

Droga Utilizada no Tratamento Específico

1 - Benznidazol 2 - Outro

55

Tempo de tratamento (em dias)

Medidas de Controle

56

Medidas Tomadas

1 - Sim

2 - Não

3 - Não se Aplica

9 - Ignorado

Controle de Triatomídeos

Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia

Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório

Outros

Conclusão

57

Classificação Final

1-Confirmado

2-Descartado

58

Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratório

2 - Clínico-Epidemiológico

3 - Clínico

59

Evolução do Caso

1-Vivo

2-Óbito por D. Chagas Aguda

3-Óbito por outras causas

9 - Ignorado

60

Data do Óbito

Modo/Local Provável da Fonte de Infecção

61

Modo Provável da Infecção

1 - Transfusional

2 - Vetorial

3 - Vertical

4 - Acidental

5 - Oral

6 - Outra

9 - Ignorada

62

Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)

1 - Unidade de Hemoterapia

2 - Domicílio

3 - Laboratório

4 - Outro

9 - Ignorado

63

O caso é autóctone do município de residência?

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

64

UF

65

País

66

Município

Código (IBGE)

67

Distrito

68

Bairro

69

Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

70

Data do Encerramento

Observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Doença de Chagas Aguda

Sinan NET

SVS 08/10/2009