

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 Agravado/Doença 1 - DENGUE 2 - CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A90	3 Data da Notificação 26/02/2025
	4 UF SP	5 Município de Notificação FERNANDÓPOLIS				Código (IBGE) 3515509
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA				Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente AMANDA DO CARMO FIDELLIS					9 Data de Nascimento 23/05/1994
Notificação Individual	10 Idade 30. 1 - Hora 3 - Mês 2 - Dia 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado F		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			
	17 UF SP		18 Município de Residência FERNANDÓPOLIS		Código (IBGE) 3515509	19 Distrito 3515509
Dados de Residência	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 reside fora do Brasil)	
Dados Clínicos e Laboratoriais						
Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
Dados Clínicos	33 Sinais Clínicos 1 - Sim 2 - Não <div> <div>Febre</div> <div>Cefaleia</div> <div>Vômito</div> <div>Dor nas costas</div> <div>Artrite</div> <div>Petéquias</div> <div>Prova do laço positiva</div> </div> <div> <div>Mialgia</div> <div>Exantema</div> <div>Náuseas</div> <div>Conjuntivite</div> <div>Artralgia intensa</div> <div>Leucopenia</div> <div>Dor retroorbital</div> </div>					
	34 Doenças pré-existentes 1 - Sim 2 - Não <div> <div>Diabetes</div> <div>Hepatopatias</div> <div>Hipertensão arterial</div> <div>Doenças auto-imunes</div> </div> <div> <div>Doenças hematológicas</div> <div>Doença renal crônica</div> <div>Doença ácido-péptica</div> </div>					
Dados Laboratoriais	35 Sorologia (Igm) Chikungunya Data da Coleta 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta	
	39 Sorologia (Igm) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta	
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta	
	47 Sorotipo 1 - DENV1 2 - DENV2 3 - DENV3 4 - DENV4		48 Histopatologia 1 - Compatível 2 - Incompatível 3 - Inconclusivo 4 - Não		49 Imunohistoquímica 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	38 Resultado S1 S2 PRNT 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado					
42 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado						
46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado						

Hospitaliz.	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 Alarma 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 1 - Aguda 2 - Crônica <input type="checkbox"/>	
65 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravamento 3 - Óbito por outras causas 4 - Óbito em investigação 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		

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

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

Informações complementares e observações

Deslocou-se do município nos últimos 15 dias? () NÃO () SIM

Data e local: _____

Vacina de Febre Amarela? (Se sim, anotar data da última dose) _____

Dengue Anteriormente? (Se sim, anotar mês e ano) _____

Pressão Arterial em duas posições (em pé e deitado ou sentado) _____

Prova do lado () Positiva () Negativa

Icterícia () Sim () Não

Coletou hemograma () Sim () Não

Data: _____ Plaquetas: _____ Leucócitos: _____ Hematócrito: _____

Data: _____ Plaquetas: _____ Leucócitos: _____ Hematócrito: _____

Classificação de risco: Grupo A () Grupo B () Grupo C () Grupo D ()

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