## **SINAN**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO PESTE

| • | ^ |
|---|---|
| N | v |

CASO SUSPEITO: Paciente sintomático ganglionar (presença de bubões ou adenite dolorosa) ou respiratório (tosse, dispnéia, dor no peito, escarro muco-sanguinolento) com febre e um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: calafrios, cefaléia, dores no corpo, fragueza, anorexia, hipotensão e/ou rulso rápido/irregular, priudo de zonas ativas de ocorrência de peste

| lla                         | queza, anorexia, nipotensão e/ou puiso rapido/irregular, onundo de zonas ativas de ocorrencia de peste.  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
|                             | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual   |  |  |  |  |
| Dados Gerais                | 2 Agravo/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação   |  |  |  |  |
|                             | PESTE A 2 0.9  |  |  |  |  |
| S Ge                        |  |  |  |  |  |
| ado                         | 4 UF   5   Município de Notificação   Código (IBGE)  |  |  |  |  |
| 1                           | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) L Código Tota dos Primeiros Sintomas  |  |  |  |  |
|                             | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  Código  Todata dos Primeiros Sintomas  |  |  |  |  |
| Notificação Individual      |  |  |  |  |  |
|                             | 8 Nome do Paciente Data de Nascimento  |  |  |  |  |
|                             | To (a) Marks 1- Hora M. Cours v.   |  |  |  |  |
|                             | 10 (Ou) Idade 2 - Dia 3 - Mês F - Feminino F |  |  |  |  |
|                             | 4-Ano 1- Ignorado 9- Ignorado 9- Ignorado 9- Ignorado  |  |  |  |  |
|                             | 14   Escolaridade  |  |  |  |  |
|                             | 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe   |  |  |  |  |
|                             |  |  |  |  |  |
|                             | 17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito   |  |  |  |  |
|                             |  |  |  |  |  |
| ncia                        | Bairro   21 Logradouro (rua, avenida,)   Código  |  |  |  |  |
| sidê                        | 22 Número   23 Complemento (apto., casa,)   24 Geo campo 1   |  |  |  |  |
| Dados de Residência         | 22] Name of the state (epter), excess, m)  |  |  |  |  |
| p sol                       | 25 Geo campo 2   26 Ponto de Referência   27 CEP   |  |  |  |  |
| Dac                         |  |  |  |  |  |
|                             | 28 (DDD) Telefone 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)   |  |  |  |  |
| 3 - Periurbana 9 - Ignorado |  |  |  |  |  |
|                             | Dados Complementares do Caso   |  |  |  |  |
| icos                        | 31 Data da Investigação 32 Ocupação  |  |  |  |  |
| Dados<br>Epidemiológicos    |  |  |  |  |  |
| Da                          | 33 A ocorrência cumpre condições básicas de risco? O Caso está associado a eventos positivos de importância  |  |  |  |  |
| Epi                         | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   |  |  |  |  |
| so<br>cos                   | 35 Os Sinais e Sintomas são compatíveis com a 36 Sintomatologia Específica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  |  |  |  |  |
| Dados<br>Clínicos           | definição de caso?   |  |  |  |  |
|                             | 37 Exame Bacteriológico   38 Data da coleta S1   40 Resultado da Sorologia para ELISA  |  |  |  |  |
|                             | 1 - Positivo — 4 Paranta   |  |  |  |  |
| ıtóri                       | 2 - Negativo Hemocultura 1 - Reagente 2 - Não-Reagente   |  |  |  |  |
| bora                        | 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado  Esfregaço Direto 4 - Não Realizado  Esfregaço Direto 4 - Não Realizado  S2  4 - Não Realizado  |  |  |  |  |
| o La                        |  |  |  |  |  |
| Dados do Laboratório        | Resultado da Hemoaglutinação 1 - Reagente IaM Titulos IaG Titulos  |  |  |  |  |
| Dad                         | 2 - Não-Reagente   |  |  |  |  |
|                             | 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado   |  |  |  |  |
|                             | Sinan NET SVS 01/06/2006   |  |  |  |  |

Sinan NET

| Conclusão    |  | 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico |
|--------------|--|--|
|              | Local Provável da Fonte de Infecção O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado  52 Distrito  53 Bairro | Código (IBGE)  |
|              | Evolução do Caso  1 - Cura 2 - Óbito por peste 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado  | 56 Data do Encerramento                                |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde   | Cód. da Unid. de Saúde                                 |
| Investi      | Nome   | Assinatura   |
|              | Peste Sinan NET  | SVS 01/06/2006   |