

SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 horas) N°

Campo de preenchimento do **enfermeiro**: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	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	
Dados de Residência	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação		32 Ocupação	

Dados Complementares do Caso

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

Dados Clínicos	41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Edema de face/membros <input type="checkbox"/> Sinais de Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Poliadenopatia <input type="checkbox"/> Febre Persistente <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sinais de ICC <input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/Arritmias <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña <input type="checkbox"/> Outros _____			
	Exames Realizados			
Dados do Laboratório	42 Data da coleta _____		43 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/> Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Strout/Microhematócrito/QBC	
	44 Data da coleta _____		45 Parasitológico Indireto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/> Xenodiagnóstico <input type="checkbox"/> Hemocultivo	
	46 Data da coleta S1 _____		48 Resultado da Sorologia para ELISA <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> IgM 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente S1 <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo S2 <input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado S2 <input type="checkbox"/> </div> <div> IgG 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente S1 <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo S2 <input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado S2 <input type="checkbox"/> </div> </div>	
	47 Data da coleta S2 _____		49 Resultado da Hemoaglutinação <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> IgM 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente S1 <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo S2 <input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado S2 <input type="checkbox"/> </div> <div> IgG 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente S1 <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo S2 <input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado S2 <input type="checkbox"/> </div> </div>	
	50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> IgM 1 - Reagente S1 <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente S1 <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo S2 <input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado S2 <input type="checkbox"/> </div> <div> Titulos 1 : _____ 2 : _____ </div> </div>			
	51 Data da coleta do Histopatológico _____			
Tratamento	52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	53 Tipo de Tratamento <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Sintomático 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 Droga Utilizada no Tratamento Específico <input type="checkbox"/> 1 - Benznidazol 2 - Outro	
Medidas de Controle	55 Tempo de tratamento (em dias) _____			
	56 Medidas Tomadas 1 - Sim <input type="checkbox"/> Controle de Triatomídeos <input type="checkbox"/> Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório 2 - Não <input type="checkbox"/> Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia <input type="checkbox"/> Outros _____ 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado			
Conclusão	57 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado		58 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico	
	59 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada		62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias) <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado	
	63 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado		64 UF 65 País _____	
	66 Município Código (IBGE) 67 Distrito 68 Bairro _____		69 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 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	

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____