

Ficha Interina de Investigação de FEBRE DO CHIKUNGUNYA

CASO SUSPEITO: Paciente com febre de início súbito (temperatura maior de 38,5º C) E artralgia ou artrite intensa não explicadas por outras condições e residindo ou tendo visitado áreas endêmicas (ou epidêmicas) até 2 semanas antes do início dos sintomas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	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 à 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				
	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					
Conclusão	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			

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

Local da viagem (se Brasil incluir: endereço, atividades desenvolvidas...)	Data de chegada	Data de saída

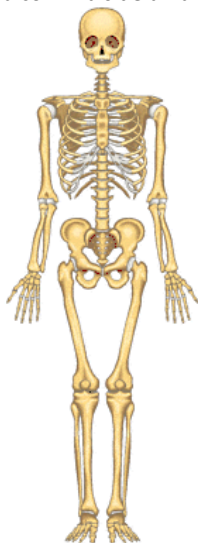
Dados laboratoriais

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 (marcar se investigado e o resultado):					
<input type="checkbox"/> Dengue	IgM	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
	RT-PCR	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<input type="checkbox"/> Malária		Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
Outras doenças em investigação (detalhar):					

Dados Clínicos

Hospitalização?	Internação	__/__/__	Alta	__/__/__	Nome do hospital, município:	_____
Febre?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Dor nas costas?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Manifestações na pele? 1-Sim 2-Não (se sim especificar): _____						
Mialgia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Cefaléia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Vômito?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Diarréia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Manifestações hemorrágicas (local)?			1-Sim 2-Não 9-Ignorado: _____			
Sintomas respiratórios (se sim especificar): _____						
Outros sinais, sintomas e condições prévias:						

Marcar as articulações afetadas no modelo abaixo, 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).

**Informações complementares e observações**

Observações adicionais

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

NOT_CONCLU_NET 15/12/2006 MR COREL

Notificação/conclusão

Sinan NET

SVS

27/09/2005