

## Ficha de Notificação de Esporotricose Humana

(\*) Campo obrigatório.

### DADOS GERAIS

<b>Tipo de Notificação</b> <input type="text" value="Individual"/>	<b>Agravo/Doença</b> <input type="text" value="Esporotricose Humana"/>	<b>Código CID-</b> <input type="text"/>	<b>Primeiros Sintomas **</b> <input type="text"/>
<b>UF</b> <input type="text"/>	<b>Município Notificador</b> <input type="text"/>	<b>Código IBGE</b> <input type="text"/>	<b>Data de notificação **</b> <input type="text"/>
<b>Unidade de Saúde</b> <input type="text"/>			

### NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

<b>Paciente **</b> <input type="text"/>			<b>Data Nasc **</b> <input type="text"/>		
<b>Sexo **</b> <input type="text" value="1-Feminino"/> 2-Masculino 9-Ignorado	<b>Raça **</b> <input type="text" value="1-Branca"/> 2-Preta 3-Amarela   4-Parda 5-Indígena   9-Ignorado	<b>Gestante</b> <input type="text" value="1-1º Trimestre"/> 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre   4-Idade Gestacional Ignorada 9-Ignorado   6-Não se aplica   7-Não	<b>Idade</b> <input type="text"/>	<b>Cartão SUS</b> <input type="text"/>	
<b>Escolaridade</b> <input type="text" value="1-Analfabeto"/> 2-1ª a 4ª Série Incompleto   3-4ª Série Completa 4-5ª a 8ª Série Incompleto   5-Ensino Fundamental Completo 6-Ensino Médio Completo   7-Superior Incompleto 8-Superior Completo   9-Não se aplica	<b>Nome da Mãe **</b> <input type="text"/>				

### DADOS DE RESIDÊNCIA

<b>CEP</b> <input type="text"/>	<b>UF</b> <input type="text"/>	<b>Município de Residência</b> <input type="text"/>	<b>Código IBGE</b> <input type="text"/>
<b>Bairro</b> <input type="text"/>	<b>Ponto de Referência</b> <input type="text"/>	<b>Número</b> <input type="text"/>	<b>Complemento</b> <input type="text"/>
<b>Distrito</b> <input type="text"/>	<b>Rua</b> <input type="text"/>	<b>Zona</b> <input type="text" value="1-Urbana"/> 2-Rural   3-Periurbana   9-Ignorado	
<b>Telefone **</b> <input type="text"/>	<b>País - Se residem fora do Brasil</b> <input type="text"/>		

### ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

<b>Data de Investigação **</b> <input type="text"/>	<b>Ocupação do Paciente</b> <input type="text"/>
<b>Situação de Risco nas últimas semanas: 14 dias</b>	
<b>Frequentou Ambientes</b>	
<input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Floresta <input type="checkbox"/> Rios <input type="checkbox"/> Cachoeiras <input type="checkbox"/> Sítios <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Outros:</b> <input type="text"/>	
<b>Teve contato com Animais</b>	
<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Outros:</b> <input type="text"/>	
<b>Natureza do contato com animais</b>	
<input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas (Úlceras) do animal <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Lesões Mucosas do Animal	
<b>Outros:</b> <input type="text"/>	
<b>Relação com Animal doente</b>	
<input type="checkbox"/> Tratador/Proprietário do animal <input type="checkbox"/> Abrigo/ONG <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Outros:</b> <input type="text"/>	
<b>Exerce atividade que Resulte em CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS?</b>	
<input type="text" value="1-Sim"/> 2-Não   9-Ignorado	
<b>História de Corte, Lesão ou Trauma durante o manuseio de Plantas ou Material Orgânico SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO?</b>	
<input type="text" value="1-Sim"/> 2-Não   9-Ignorado	

### DADOS CLÍNICOS

<b>Presença de Lesão na Pele</b> <input type="text" value="1-Sim"/> 2-Não   9-Ignorado	<b>Diagnóstico de FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA</b> <input type="text" value="1-Sim"/> 2-Não   9-Ignorado	<b>Qual Localização?</b> <input type="text"/>
<b>Natureza da Lesão</b>		
<input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Linfonodos <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Outros:</b> <input type="text"/>		
<b>Localização da Lesão - (PARTE DO CORPO ATINGIDA)</b>		
<input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> Membro Superior <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> Membro Inferior <input type="checkbox"/> Todo Corpo <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Outros:</b> <input type="text"/>		

### DADOS LABORATORIAIS

<b>Houve coleta de Material para EXAME LABORATORIAL</b> <input type="text" value="1-Sim"/> 2-Não   9-Ignorado	<b>Resultado do Isolamento</b> <input type="text" value="1-Detectado"/> 2-Não detectado   3-Inconclusivo 4- Não Realizado	<b>Histopatologia</b> <input type="text" value="1-Compatível"/> 2-Não Compatível   3-Inconclusivo 4-Não Realizado
<b>Agente</b> <input type="text"/>		

Outros Exames Realizados									
Data						Descrição		Resultado	
Data						Descrição		Resultado	
Data						Descrição		Resultado	

Data de Início do Tratamento				Droga Administrada				Esquema Terapêutico (DOSE, VIA, INTERVALO)			
Ocorreu Hospitalização		Data da Internação		Data da Alta		UF	Município do Hospital		Código IBGE		
<div><div></div>1-Sim   2-Não   9-Ignorado</div>											
Nome do Hospital							Código				

[illegible]

Nome**	Telefone**
Email**	Conselho Classe

[illegible]