

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

Nº:

CASO SUSPEITO: INDIVÍDUO QUE APRESENTE LESÕES NA PELE, QUE SE INICIAM COMO UMA PEQUENA PÁPULA, QUE PODEM EVOLUIR PARA UMA FORMA ULCERADA, COM OU SEM SECREÇÃO SEROPURULENTE, DISPOSTAS OU NÃO EM FILEIRA, COM HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA DE TRAUMA CUTÂNEO POR MATERIAL DE ORIGEM VEGETAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO COM FUNGO OU ARRANHADURA/ MORDEDURA POR GATOS OU CONTATO COM FERIDAS DESSES ANIMAIS.

DADOS GERAIS

TIPO DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

AGRAVO/DOENÇA

CÓDIGO (CID-10)

DATA DA NOTIFICAÇÃO

UF

MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO

CÓDIGO IBGE

UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO

DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIACÕES)

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

SEXO

☐

1 - MASCULINO 2 - FEMININO

GESTANTE

☐

1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO

RAÇA/COR

☐

1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO

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(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

NUMERO DO CARTAO SUS

NOME DA MÃE

DADOS DE RESIDÊNCIA

CEP

UF

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BAIRRO

LOGRADOURO

CÓDIGO

NÚMERO

COMPLEMENTO

DISTRITO

GEO CAMPO 1

GEO CAMPO 2

PONTO DE REFERÊNCIA

CÓDIGO IBGE

(DDD) TELEFONE

ZONA

☐

1-URBANA 2-RURAL 3-PERIURBANA 4-IGNORADO

PAÍS (SE RESIDIR NO EXTERIOR)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DATA DA INVESTIGAÇÃO

OCUPAÇÃO

SITUAÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS SEMANAS(14 DIAS)

FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, SÍTIOS, OUTROS? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

☐ MATA☐ FLORESTA☐ RIOS☐ CACHOEIRAS☐ SÍTIOS☐ OUTROS

TEVE CONTATO COM ANIMAIS? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

☐ CÃO☐ GATO☐ EQUINOS☐ OUTROS ANIMAIS

NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

☐ MORDEDURA ☐ ARRANHADURA ☐ OUTROS ANIMAIS ☐ LESÕES MUCOSAS DO ANIMAL ☐ LESÕES CUTÂNEAS DO ANIMAL

RELAÇÃO COM O ANIMAL DOENTE 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

☐ TRATADOR/PROPIETÁRIO DO ANIMAL☐ PROFISSIONAL DE SAÚDE(*)☐ OUTRO

☐ ABRIGO/ONG ☐ LESÕES CUTÂNEAS DO ANIMAL (*) VETERINÁRIO, ENFERMEIRO, TRATADOR DE ANIMAL EM CLÍNICAS

EXERCE ATIVIDADE QUE RESULTE EM CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS? (JARDINEIROS, AGRICULTORES, HORTICULTORES, EXPLORADORES DE MADEIRA, TRABALHADORES RUAIS)

☐ 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

HISTÓRIA DE CORTE, LESÃO OU TRAUMA DURANTE O MANUSEIO DE PLANTAS OU MATERIAL ORGÂNICO SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO? (EX: TÁBUAS ÚMIDAS DE MADEIRA, SOLO, PALHAS, FARPAS, ESPINHOS, VEGETAIS)

☐ 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

DADOS CLÍNICOS									
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO									
PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? <input type="checkbox"/>					NATUREZA DA LESÃO				
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					<input type="checkbox"/> PÁPULA	<input type="checkbox"/> ÚLCERA	<input type="checkbox"/> LINFONODOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA)									
<input type="checkbox"/> MÃO	<input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR	<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> PESCOÇO	<input type="checkbox"/> ABDOME	<input type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> PÉ			
<input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> TODO O CORPO		<input type="checkbox"/> OUTROS						
DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? <input type="checkbox"/>									
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO									
QUAL LOCALIZAÇÃO?									
DADOS LABORATORIAIS									
HOVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? <input type="checkbox"/>							DATA DA COLETA		
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO									
RESULTADO DO ISOLAMENTO <input type="checkbox"/>							AGENTE		
1 - DETECTADO 2 - NÃO DETECTADO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO									
HISTOPATOLOGIA <input type="checkbox"/>									
1 - DETECTADO 2 - NÃO COMPATÍVEL 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO									
OUTROS EXAMES REALIZADOS									
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
TRATAMENTO									
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO			DROGA ADMINISTRADA			ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)			
OCORREU HOSPITALIZAÇÃO?			DATA DA INTERNAÇÃO			DATA DA ALTA		UF	
MUNICÍPIO DO HOSPITAL							CÓDIGO IBGE		
NOME DO HOSPITAL							CÓDIGO		
CONCLUSÃO									
CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>					CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/>				
1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO					1 - CLÍNICO LABORATORIAL 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO				
CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/>							UF	PAÍS	
1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO									
MUNICÍPIO							CÓDIGO DO IBGE		
DISTRITO		BAIRRO			ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/>				
					1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO				
AMBIENTE DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/>					DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? <input type="checkbox"/>				
1 - DOMICILIAR 2 - TRABALHO 3 - LAZER 4 - OUTRO 9 - IGNORADO					1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>					DATA DO ÓBITO		DATA DE ENCERRAMENTO		
1 - CURA 2 - ÓBITO PELO AGRAVO 3 - ÓBITO OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO									
OBSERVAÇÃO									
INVESTIGADOR									
NOME				FUNÇÃO			ASSINATURA		