



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - GVIGE
DIRETORIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DPSV



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE

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	1	TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2- INDIVIDUAL	
	2	AGRAVO/DOENÇA		ESPOROTRICOSE	CÓDIGO (CID 10)
	3	DATA DA NOTIFICAÇÃO		B42.9	
Notificação Individual	4	UF	5	MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	
	6	CÓDIGO IBGE			
	7	UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		8	CÓDIGO
Dados de Residência	10	NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIACÕES)		11	
	12	IDADE	13	SEXO	14
	15	RAÇA/COR			
Antecedentes Epidemiológicos	16	ESCOLARIDADE			
	17	NÚMERO DO CARTÃO SUS		18	
	19	UF	20	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
Dados de Residência	21	CÓDIGO IBGE			
	22	BAIRRO	23	LOGRADOURO	24
	25	NÚMERO	26	COMPLEMENTO	27
Antecedentes Epidemiológicos	28	GEO CAMPO 1	29	GEO CAMPO 2	30
	31	PONTO DE REFERÊNCIA		CEP	
	32	(DDD) TELEFONE		33	ZONA
Antecedentes Epidemiológicos	34	PAÍS (Se residente fora do Brasil)			
	35	DATA DA INVESTIGAÇÃO		36	
	37	SITUAÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS SEMANAS (14 DIAS)			
Antecedentes Epidemiológicos	38	FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, SÍTIOS, OUTROS?		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
	39	TEVE CONTATO COM ANIMAIS?		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
	40	NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
Antecedentes Epidemiológicos	41	RELACÃO COM O ANIMAL DOENTE		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
	42	EXERCE ATIVIDADE QUE RESULTE EM CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS?		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	
	43	HISTÓRIA DE CORTE, LESÃO OU TRAUMA DURANTE O MANUSEIO DE PLANTAS		1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DADOS CLÍNICOS	43 PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO			44 NATUREZA DA LESÃO <input type="checkbox"/> PÁPULA <input type="checkbox"/> ÚLCERA <input type="checkbox"/> LINFONODOS <input type="checkbox"/> OUTROS _____			1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO		
	45 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"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> ABDOME <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> TODO O CORPO <input type="checkbox"/> OUTRO _____								
	46 DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO								
DADOS LABORATORIAIS	47 HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO								
	49 RESULTADO DO ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> 1-DETECTADO 2-NÃO DETECTADO 3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO								
	51 HISTOPATOLOGIA <input type="checkbox"/> 1-COMPATÍVEL 2-NÃO COMPATÍVEL 3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO								
	OUTROS EXAMES REALIZADOS								
	52 DATA _____			DESCRIÇÃO _____			RESULTADO _____		
	53 DATA _____			DESCRIÇÃO _____			RESULTADO _____		
	54 DATA _____			DESCRIÇÃO _____			RESULTADO _____		
TRATAMENTO	55 DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO _____			56 DROGA ADMINISTRADA _____			57 ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO) _____		
	58 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO			59 DATA DA INTERNAÇÃO _____			60 DATA DA ALTA _____		
	63 MUNICÍPIO DO HOSPITAL _____			62 CÓDIGO DO IBGE _____			61 UF _____		
	63 NOME DO HOSPITAL _____			64 CÓDIGO _____					
	65 CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/> 1 - CONFIRMADO 2- DESCARTADO			66 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> 1- CLÍNICO LABORATORIAL 2- CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO					
	67 CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> 1- SIM 2- NÃO 3- INDETERMINADO			68 UF _____			69 PAÍS _____		
CONCLUSÃO	70 MUNICÍPIO _____			71 CÓDIGO DO IBGE _____					
	72 DISTRITO _____			73 BAIRRO _____			74 ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1- URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 9- IGNORADO		
	75 AMBIENTE DA INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1- DOMICILIAR 2- TRABALHO 3- LAZER 4- OUTRO 9- IGNORADO			76 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO					
	77 EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> 1- CURA 2- OBITO PELO AGRAVO 3- OBITO OUTRAS CAUSAS 9- IGNORADO			78 DATA DO OBITO _____			79 DATA ENCERRAMENTO _____		
	OBSERVAÇÃO								
INVESTIGADOR	80 NOME _____			81 FUNÇÃO _____			82 ASSINATURA _____		