

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



N°:

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

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 SEROPURULENTA, 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				DATA DA NOTIFICAÇÃO								
UF MUNICÍPIO D			CÓDIGO IBGE									
UNIDADE DE SAÚDE				CÓDIGO	DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS							
			NOTIFICAÇÃC) INDIVIDUAL			_					
NOME DO PACIENTE (SEM AB	REVIAÇÕES)				DATA DE NASCIMENTO							
IDADE SEXO				·								
1 - MASCULINO	2 - FEMININO		1 - 1° TRIMESTRE 2 - 2° TRIMESTRE 3 - 3° 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 F	RESIDÊNCIA			_					
CEP		UF	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA									
BAIRRO		LOGRADOUR	0			CÓDIGO						
NÚMERO	COMPLEMEN	то			DISTRITO							
GEO CAMPO 1	GEO CAMPO	2	PONTO DE REFERÊNCIA	CÓDIGO IBGE								
(DDD) TELEFONE			ZONA	PAÍS (SE RESIDIR NO EXTERIOR)								
			1-URBANA 2-RURAL 3-PERIURB									
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 RIOS CACHOEIRAS 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												
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(*) 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)												
	NÃO 9 - IGNO		IO DE DI ANTAG CULTUTATION CO	CÂNICO CUCREITO DE CONTRA	40Ã0 PEL 6 EL	1000/EV =====	AC ÚMIDAC DE MADEID					
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 - IO	SNORADO										

DADOS CLÍNICOS												
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO												
PRESENÇA DE LESÃO NA PELE?												
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORA	ADO	PÁPU	LA	ÚLCERA		LINFONODOS		OUTROS				
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO												
MÃO MEMBRO SUPERIOR		CABEÇA PESCOÇO		ABDOME	TÓ	ÓRAX	PÉ					
MEMBRO INFERIOR	TODO O	CORPO	OUTROS									
DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO												
					L - SIM Z - NAC	9 - IGNORA	Ю					
QUAL LOCALIZAÇÃO?		DADOS LABO	DRATORIAI	S								
HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? DATA DA COLETA												
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO												
RESULTADO DO ISOLAMENTO						AGENTE						
1 - DETECTADO 2 - NÃO DETECTA	DO 3 - INCON	ICLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO)			J						
HISTOPATOLOGIA												
1 - DETECTADO 2 - NÃO COMPATÍV	'EL 3 - INCON	CLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO										
	J - INCON	SESSIO 4- NAO REALIZADO										
OUTROS EXAMES REALIZADOS DATA	DESCRIÇÃO			RESULTADO								
DATA	DATA DESCRIÇÃO				RESULTADO							
DATA		RESULTADO										
		TRATAI	MENTO									
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO		DROGA ADMINISTRADA	ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)									
		DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA UF					UF				
OCORREU HOSPITALIZAÇÃO?		סרי										
MUNICÍPIO DO HOSPITAL		CÓDIGO IBGE										
NOME DO HOSPITAL						CÓDIGO						
		CONCL	USAO									
CLASSIFICAÇÃO FINAL				E CONFIRMAÇÃO								
1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO			1 - CLÍNI	CO LABORATOR	IAL 2 - CLÍNIC	O EPIDEMIOLÓG	ICO					
CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊN	CIA?					UF	PAÍS					
1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO												
MUNICÍPIO						CÓDIGO DO IBGE						
DISTRITO	ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO											
3.5	DISTRITO BAIRRO					ANA 9 - IGNO	RADO					
AMBIENTE DE INFECÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? 1 - DOMICILIAR 2 - TRABALHO 3 - LAZER 4 - OUTRO 9 - IGNORADO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO												
			.5.15/17/20	DATA DE ENCERRAMENTO								
EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - ÓBITO PELO AGRAVO 3	DATA DO ÓBITO			DATA DE ENCEKKAMENTO								
2 JOHA 2 JOHN PELO AGRAVO 3	- ÓBITO OUTRAS	S CAUSAS 9 - IGNORADO OBSER	VAÇÃO									
			-									
<u></u>												
		INVEST	GADOR									
NOME			FUNÇÃO			ASSINATURA						