

Somos todos


PARAÍBA

Governo do Estado

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DR.ª TELMA LOBO



GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria da Saúde

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

N°:

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

CÓDIGO (CID-10)

DATA DA NOTIFICAÇÃO

DD/MM/AAAA

UF

Selecion

MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO

CÓDIGO IBGE

UNIDADE DE SAUDE

CÓDIGO

DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

DD/MM/AAAA

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

NOME DO PACIENTE(SEM ABREVIACÕES)

DATA DE NASCIMENTO

DD/MM/AAAA

IDADE

SEXO

Selecione

GESTANTE

RAÇA/COR

--

ESCOLARIDADE

Selecionar

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

PAÍS (SE RESIDIR NO EXTERIOR)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

DATA DA INVESTIGAÇÃO

DD/MM/AAAA

OCUPAÇÃO

SITUAÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS SEMANAS(14 DIAS)

FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, SÍTIOS, OUTROS?

Selecionar

☐ MATA

☐ FLORESTA

☐ RIOS

☐ CACHOEIRAS

☐ SÍTIOS

☐ OUTROS

TEVE CONTATO COM ANIMAIS?

Selecionar

☐ CÃO

☐ GATO

☐ EQUINOS

OUTROS ANIMAIS

NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS

Selecionar

☐ MORDEDURA

☐ ARRANHADURA

OUTROS ANIMAIS

☐ LESÕES MUCOSAS DO ANIMAL

☐ LESÕES CUTÂNEAS DO ANIMAL

RELAÇÃO COM O ANIMAL DOENTE

Selecionar

☐ 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)

Selecionar

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)

Selecionar

DADOS CLÍNICOS									
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO									
PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? Selecionar ▼			NATUREZA DA LESÃO <div><input type="checkbox"/> PÁPULA<input type="checkbox"/> ÚLCERA<input type="checkbox"/> LINFONODOS</div> <div>OUTROS</div>						
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA) <div><input type="checkbox"/> MÃO<input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR<input type="checkbox"/> CABEÇA<input type="checkbox"/> PESCOÇO<input type="checkbox"/> ABD<input type="checkbox"/> TÓRAX<input type="checkbox"/> PÉ<input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR<input type="checkbox"/> TODO O CORPO</div> <div>OUTRO</div>									
DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? Selecionar ▼									
QUAL LOCALIZAÇÃO?									
DADOS LABORATORIAIS									
HOUE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? Selecionar ▼					DATA DA COLETA DD/MM/AAAA				
RESULTADO DO ISOLAMENTO Selecionar ▼					AGENTE				
HISTOPATOLOGIA Selecionar ▼									
OUTROS EXAMES REALIZADOS									
DATA DD/MM/AAAA		DESCRIÇÃO			RESULTADO				
DATA DD/MM/AAAA		DESCRIÇÃO			RESULTADO				
DATA DD/MM/AAAA		DESCRIÇÃO			RESULTADO				
TRATAMENTO									
DATA DE INICIO DO TRATAMENTO DD/MM/AAAA			DROGA ADMINISTRADA			ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)			
OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? Selecionar ▼			DATA DA INTERNAÇÃO DD/MM/AAAA			DATA DA ALTA DD/MM/AAAA		UF Seleciore ▼	
MUNICÍPIO DO HOSPITAL						CODIGO DO IBGE			
NOME DO HOSPITAL						CODIGO			
CONCLUSÃO									
CLASSIFICAÇÃO FINAL Selecionar ▼					CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO Selecionar ▼				
CASO AUTOCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? Selecionar ▼						UF Seleciore ▼		PAÍS	
MUNICÍPIO						CODIGO DO IBGE			
DISTRITO			BAIRRO			ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO Selecionar ▼			
AMBIENTE DE INFECÇÃO Selecionar ▼					DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? Selecionar ▼				
EVOLUÇÃO DO CASO Selecionar ▼					DATA DO OBITO DD/MM/AAAA			DATA ENCERRAMENTO DD/MM/AAAA	
OBSERVAÇÃO									
INVESTIGADOR									
NOME					FUNÇÃO			ASSINATURA	