

Ficha de Notificação de Esporotricose Humana

(*) Campo obrigatório.

DADOS GERAIS

Tipo de Notificação Individual		Agravo/Doença Esporotricose Humana		Código CID-	Primeiros Sintomas**
UF	Município Notificador			Código IBGE	Data de notificação**
Unidade de Saúde					

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Paciente**				Data Nasc **	
Sexo** 1-Feminino 2-Masculino 9-Ignorado	Raça** 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 9-Ignorado 6-Não se aplica 7-Não	Idade	Cartão SUS	
Escolaridade	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			Nome da Mãe**	

DADOS DE RESIDÊNCIA

CEP	UF	Município de Residência		Código IBGE	
Bairro	Ponto de Referência		Número	Complemento	
Distrito	Rua				
Telefone**	Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			País - Se residem fora do Brasil	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Data de Investigação**	Ocupação do Paciente				
Situação de Risco nas últimas semanas: 14 dias					
Frequentou Ambientes					
<input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Floresta <input type="checkbox"/> Rios <input type="checkbox"/> Cachoeiras <input type="checkbox"/> Sítios <input type="checkbox"/> Outros					
Outros:					
Teve contato com Animais					
<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros					
Outros:					
Natureza do contato com animais					
<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					
Outros:					
Relação com Animal doente					
<input type="checkbox"/> Tratador/Proprietário do animal <input type="checkbox"/> Abrigo/ONG <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Outros					
Outros:					
Exerce atividade que Resulte em CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS?					
<input type="checkbox"/> 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?					
<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					

DADOS CLÍNICOS

Presença de Lesão na Pele <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Diagnóstico de FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Qual Localização?
Natureza da Lesão		
<input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Linfonodos <input type="checkbox"/> Outros		
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"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> Membro Inferior <input type="checkbox"/> Todo Corpo <input type="checkbox"/> Outros		
Outros:		

DADOS LABORATORIAIS

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

