

# Ficha de Notificação de Esporotricose Humana

(\*) Campo obrigatório.

## DADOS GERAIS

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

## NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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

## DADOS DE RESIDÊNCIA

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

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

<b>Data de Investigação**</b>	<b>Ocupação do Paciente</b>
<b>Situação de Risco nas últimas semanas: 14 dias</b>	
<b>Frequentou Ambientes</b>	
<input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Floresta <input type="checkbox"/> Rios <input type="checkbox"/> Cachoeiras <input type="checkbox"/> Sítios <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Teve contato com Animais</b>	
<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Natureza do contato com animais</b>	
<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	
<b>Relação com Animal doente</b>	
<input type="checkbox"/> Tratador/Proprietário do animal <input type="checkbox"/> Abrigo/ONG <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Exerce atividade que Resulte em CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS?</b>	
<input type="checkbox"/> 1-Sim   2-Não   9-Ignorado	
<b>História de Corte, Lesão ou Trauma durante o manuseio de Plantas ou Material Orgânico SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO?</b>	
<input type="checkbox"/> 1-Sim   2-Não   9-Ignorado	

## DADOS CLÍNICOS

<b>Presença de Lesão na Pele</b> <input type="checkbox"/> 1-Sim   2-Não   9-Ignorado	<b>Diagnóstico de FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA</b> <input type="checkbox"/> 1-Sim   2-Não   9-Ignorado	<b>Qual Localização?</b>
<b>Natureza da Lesão</b>		
<input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Linfonodos <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Localização da Lesão - (PARTE DO CORPO ATINGIDA)</b>		
<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		

## DADOS LABORATORIAIS

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

