

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravo/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14	Escolaridade		15	Número do Cartão SUS
	16	Nome da mãe		17	UF
	18	Município de Residência	19	Distrito	
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Código	25	Código	
	26	Ponto de Referência	27	CEP	
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	
	30	País (se residente fora do Brasil)			

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação	32	Ocupação do paciente
	33	Sinais clínicos 1-Sim 2- Não		
	34	Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado		
Dados clínicos	35	Sorologia (IgM) Chikungunya		
	36	Exame PRNT		
	37	Resultado		
Dados laboratoriais	38	Sorologia (IgM) Dengue		
	39	Exame NS1		
	40	Resultado		
	41	Isolamento		
	42	Resultado		
	43	RT-PCR		
	44	Resultado		
	45	Histopatologia		
	46	Imunohistoquímica		
	47	Resultado		
	48	Histopatologia		
	49	Imunohistoquímica		

COLETA DE HEMOGRAMA?

SIM ☐ NÃO ☐

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarma 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento		

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarma e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarma e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melenas	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais Conforme Fluxo de Classificação de Risco e Manejo do paciente com suspeita de DENGUE

Obrigatório CLASSIFICAÇÃO do paciente Grupo A (), Grupo B (), Grupo C (), Grupo D ()
Viajou nos últimos 15 dias? NÃO (), SIM (), se SIM, para onde? _____
Data ida: ____ / ____ / ____ , Data do retorno: ____ / ____ / ____ .Meio de transporte: _____
Recebeu visitas de pessoas de área epidêmica e/ou endêmica? NÃO (), SIM (), Qual área? _____
Tem conhecimento de casos semelhantes na área que reside? NÃO (), SIM ()
Paciente faz uso de medicação de uso contínuo? Qual? _____
Paciente foi encaminhado para outro serviço de saúde? NÃO (), SIM ()Qual _____
Qual motivo do encaminhamento? _____

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função