

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	Agravado/doença		1- DENGUE	2- CHIKUNGUNYA
	3	Data da Notificação			
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	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	
Dados de Residência	19	Distrito			
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	
Dados de Residência	24	Código			
	25	Ponto de Referência		26 CEP	
	27	DDD) Telefone		28 Zona	
Dados de Residência	29	País (se residente fora do Brasil)			
	30	País (se residente fora do Brasil)			
	31	País (se residente fora do Brasil)			

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31	Data da Investigação		32 Ocupação do paciente	
	33	Sinais clínicos		1-Sim 2- Não	
	34	Doenças pré-existent		1-Sim 2- Não 9-Ignorado	
Dados clínicos	35	Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	
	37	Exame PRNT		38 Resultado	
	39	Sorologia (IgM) Dengue		40 Resultado	
Dados laboratoriais	41	Exame NS1		42 Resultado	
	43	Isolamento		44 Resultado	
	45	RT-PCR		46 Resultado	
Dados laboratoriais	47	Sorotipo		48 Histopatologia	
	49	Imunohistoquímica		50 COLETA DE HEMOGRAMA?	
	51	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 Alarme 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 Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme 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
	Assinatura	