

Dados Gerais

1	Tipo de Notificação	2- Individual	2	Data da Notificação						
3	Município de Notificação			Código (IBGE)						
4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código						

Dados do Caso

5	Agravo	DENGUE	Código (CID10)	A 9 0	6	Data dos Primeiros Sintomas						
7	Nome do Paciente				8	Data de Nascimento						
9	(ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	10	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos)	1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado	
13	Número do Cartão SUS					14	Nome da mãe					

Dados de Residência

15	Logradouro (rua, avenida,...)			Código				16	Número			
17	Complemento (apto., casa, ...)			18	Ponto de Referência			19	UF			
20	Município de Residência			Código (IBGE)				Distrito				
21	Bairro			Código (IBGE)				22	CEP			
23	(DDD) Telefone			24	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25	País (se residente fora do Brasil)			Código	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

26	Data da Investigação					27	Ocupação / Ramo de Atividade Econômica					
28	Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)											
	Data						Município				UF	País
29	Teve Dengue Antes?		30	Caso Sim		31	Vacinado Contra Febre Amarela?		32	Data da Última Dose		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Ano			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Sinais e Sintomas

33	Febre		34	Data de Início da Febre		35	Duração da Febre em Dias		36	Prova do Laço	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado									1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	
37	Outros Sinais e Sintomas			Cefaléia			Dor Retro-Orbitária			Mialgia	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Exantema			Prostração			Náuseas/Vômitos	
										Artralgia	
										Diarréia	
										Outros:	
38	Manifestações Hemorrágicas Espontâneas			Epistaxe			Gengivorragia			Hematúria	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Petéquias			Metrorragia			Sangramento Gastrointestinal	
				Outros:							
39	Derrame Cavitário			Ascite			Derrame Pleural			Derrame Pericárdico	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado										
40	Sinais de Alerta e/ou Gravidade			Dor Abdominal Intensa			Hipotensão Arterial/Postural			Manifestações Neurológicas	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Hepatomegalia Dolorosa			Choque Hipovolêmico			Insuficiência Hepática	
				Miocardite			Outros:				
41	Data do Choque ou Hipotensão										

Atendimento	42 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Data da Internação <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		44 UF <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div>	45 Município do Hospital <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div>		
	46 Nome do Hospital <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 250px;"></div>					47 (DDD) Telefone <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		
	48 Endereço do Hospital <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 250px;"></div>							
Dados do Laboratório	49 Data da Coleta <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		50 Hematócrito (maior) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> %		51 Data da Coleta <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		52 Plaquetas (maior) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> mm ³	
	53 Data da Coleta <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		54 Hematócrito (menor) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> %		55 Data da Coleta <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		56 Plaquetas (menor) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> mm ³	
	Sorologia							
	57 Data da Coleta (1ª Amostra) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		58 Data da Coleta (2ª Amostra) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		59 Resultado <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado </div> <div> IgM <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> </div> <div> IgG <input type="checkbox"/> Títulos 1: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></div> 1: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></div> </div> </div>			
	60 Data do Resultado (1ª Amostra) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		61 Data do Resultado (2ª Amostra) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>					
	Isolamento Viral							
	62 Colheu Material 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		63 Tipo de Material 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Soro 1ª Amostra <input type="checkbox"/> Soro 2ª Amostra <input type="checkbox"/> Tecidos		64 Resultado <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 - Sorotipo 1 3 - Sorotipo 3 </div> <div> 2 - Sorotipo 2 4 - Sorotipo 4 5 - Não Detectado </div> </div>	
	Patologia							
	65 Histopatologia 1 - Compatível 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/>					66 Imunohistoquímica 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/>		
	PCR							
67 Tipo de Amostra 1 - Soro 2 - Tecidos <input type="checkbox"/>		68 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo <input type="checkbox"/>		Outro		69 Tipo de Amostra 1 - Soro 2 - Tecidos <input type="checkbox"/> Téc. Utilizada <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		
				70 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo <input type="checkbox"/>				
Conclusão	71 Classificação Final <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 - Dengue Clássico 2 - Dengue com Complicações 3 - Febre Hemorrágica do Dengue - FHD </div> <div> 4 - Síndrome do Choque de Dengue 5 - Descartado </div> </div>					72 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Vínculo-Epidemiológico <input type="checkbox"/>		
	73 No Caso de FHD Especificar <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 - Grau I</div> <div>2 - Grau II</div> <div>3 - Grau III</div> <div>4 - Grau IV</div> </div>							
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)							
	74 UF <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div>	75 País <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		76 Município <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		77 Bairro <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		
	78 Distrito <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div>					79 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	80 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					81 Data do Óbito <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		
82 Data do Encerramento <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>								
Observações: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>								
Investigador	83 Município/Unidade de Saúde <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div>					84 Cód. da Unid. de Saúde <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></div>		
	85 Nome <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>			86 Função <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		87 Assinatura <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		