

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

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 <input type="checkbox"/>	Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
------	-------------------------	-------------

Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Prova do laço positiva
	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Artralgia intensa	<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Dor retroorbital		
	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes			
<input type="checkbox"/> Doenças hematológicas		<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica						

Dados laboratoriais	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta		38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado			

Hospitalização

50 Ocorreu Hospitalização? 51 Data da Internação 52 UF 53 Município do Hospital Código (IBGE)
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Nome do Hospital Código 55 (DDD) Telefone

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência? 57 UF 58 País
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

59 Município Código (IBGE) 60 Distrito 61 Bairro

62 Classificação 63 Critério de Confirmação/Descarte 64 Apresentação clínica
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 1 - Laboratório 2 - Clínico- 1- Aguda
12- Dengue Grave 13- Chikungunya Epidemiológico 3-Em investigação 2- Crônica

65 Evolução do Caso 66 Data do Óbito 67 Data do Encerramento
1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado

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 Vômitos persistentes Aumento progressivo do hematócrito 69 Data de início dos sinais de alarme:
 Hipotensão postural e/ou lipotímia Dor abdominal intensa e contínua Hepatomegalia >= 2cm
 Queda abrupta de plaquetas Letargia ou irritabilidade Acúmulo de líquidos

70 Dengue grave 1-Sim 2- Não Sangramento grave: Hematêtese Metrorragia volumosa
 Extravasamento grave de plasma: Melena Sangramento do SNC
 Pulso débil ou indetectável Taquicardia
 PA convergente <= 20 mmHg Extremidades frias
 Tempo de enchimento capilar Hipotensão arterial em fase tardia Comprometimento grave de órgãos: AST/ALT > 1.000 Miocardite Alteração da consciência
 Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória Outros órgãos, especificar

71 Data de início dos sinais de gravidade:

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura