



ANEXO A – FICHA DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº

e-SUS Notifica 05.01.2023

CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC):

Indivíduo, **sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda**, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para *T. cruzi*. (Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico)

Obs.: não notificar casos já registrados em fase aguda no SINAN

Mais informações no Guia de VS - <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes>

Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN. Para acesso aos materiais com definição de casos, acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>

Dados individuais	Estado (UF) de notificação:		Município de notificação:		
	Estabelecimento de saúde:		Código (CNES):		
	1	Tem CPF? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não	2	Estrangeiro: ☐ Sim ☐ Não	
	3	CPF:	4	CNS:	
	5	Ocupação:	Código (CBO)		
	6	Nome Completo:			
	7	Nome social:			
	8	Nome Completo da Mãe:			
	9	Data de nascimento:	10	Idade: (Marcar X): ☐ Hora ☐ Dia ☐ Mês ☐ Ano	
	11	País de origem (se estrangeiro):			
	12	Sexo ao nascer: (Marcar X) ☐ Masculino ☐ Feminino			
	13	Raça/Cor: (Marcar X) ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Ignorado		14	Se indígena, qual a etnia?
	15	Pertence a povos e comunidades tradicionais: ☐ Sim ☐ Não		16	Se sim, informe:
	17	Escolaridade: (Marcar X) ☐ Nenhuma ☐ EF incompleto ☐ EF completo (até o 9º ano) ☐ EM incompleto ☐ EM completo (até o 3º ano) ☐ Superior ☐ Não se aplica ☐ Ignorado			
Dados de Residência	18	CEP de residência:			
	19	Logradouro:		20	Número:
	21	Complemento:			
	22	Bairro:			
	23	Estado de residência:		24	Município de residência:
	25	(DDD) Telefone		26	Zona: (Marcar X) ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Periurbana ☐ Ignorado
	27	País de Residência (se estrangeiro):			

NOTIFICAÇÃO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Atendimento	28	Data de notificação:	29	Ano provável do diagnóstico:
	30	Modo de detecção: ☐ Triagem para doador de órgãos/tecidos ☐ Demanda espontânea - UBS ☐ Receptor em transplante de órgãos/tecidos ☐ Demanda espontânea: Hospital ou serviço especializado (marcar x ☐ Banco de Sangue ☐ Serviços de assistência em HIV/aids em apenas ☐ Pré-Natal ☐ Comitê de investigação de óbito uma opção) ☐ Rastreamento/Busca ativa ☐ Outros		
	31	Gestante: (Marcar X) ☐ 1º Trimestre ☐ 2º Trimestre ☐ 3º Trimestre ☐ Idade Gestacional Ignorada ☐ Não ☐ Não se aplica ☐ Ignorado		
	32	UF de nascimento:	33	Município de Nascimento:
Laboratório	34	UF provável de infecção:		
	35	Nº requisição GAL:		
	36	Sorologia (IgG) ELISA (IgG): ☐ Reagente ☐ Não-Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não Realizado ☐ Sem informação (Marcar X) IFI-Imunofluorescência (IgG): ☐ Reagente ☐ Não-Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não Realizado ☐ Sem informação HAI-Hemaglutinação (IgG): ☐ Reagente ☐ Não-Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não Realizado ☐ Sem informação Quimioluminescência: ☐ Reagente ☐ Não-Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não Realizado ☐ Sem informação		
	37	PCR detectável? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não realizado		
	38	Outros exames positivos para DC? ☐ Sim ☐ Não / Se sim, quais?		
	Profissional Responsável:		Registro Conselho/Matrícula:	

ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº de notificação:	39	Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação? ☐ Sim ☐ Não
40	Estado da UBS que acompanha/ acompanhará o caso? (Se 39 = não)	
41	Município da UBS que acompanha/ acompanhará o caso?	
42	Qual a UBS que acompanha/ acompanhará o caso?	
Código (CNES):		





43	Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado? (Se 39 = não) ☐ Sim ☐ Não		
44	Estado do Hospital/Serviço Especializado ☐ ☐		45 Município:
46	Qual Hospital/Serviço Especializado? Código (CNES): 		
47	Exames complementares - Preencher: 1 - Alterado 2 - Normal 3 - Não realizado ☐ Eletrocardiograma ☐ RX tórax ☐ RX colón ☐ RX esôfago ☐ Ecocardiograma ☐ Outros		
48	Comorbidades: (marcar X) ☐ HIV/aids ☐ Hipertensão ☐ Hepatite crônica ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia de outra etiologia ☐ Neoplasias/Outras condições de imunossupressão ☐ Leishmanioses ☐ Outras		
49	Forma clínica: ☐ Indeterminada ☐ Digestiva (marcar X) ☐ Cardíaca leve/moderada ☐ Cardiodigestiva ☐ Cardíaca avançada ☐ Em investigação	50	Ocorreu episódio de reativação (reagudização)? ☐ Sim ☐ Não
51	Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol? (marcar X) ☐ Sim ☐ Não		
52	Prescrições atuais - Tratamento Específico: 1ª Linha: Benznidazol (BNZ): ☐ Sim ☐ Não 2ª Linha: Nifurtimox (NFX): ☐ Sim ☐ Não		Total de comprimidos BNZ: NFX: nº dias de TTº BNZ: NFX:
53	Apresentou reações adversas? (marcar x) ☐ Sem reações ☐ Dermopatia leve/moderada ☐ Dermopatia grave ☐ Ageusia ☐ Parestesias ☐ Depressão medula óssea ☐ Intolerância gastrointestinal ☐ Artralgias ☐ Outras		
54	Nº de Familiares com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas:		
55	Realizada busca ativa? ☐ Sim ☐ Não (se sim, preencher campos 56-58) →	56 Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas: Se sem informação (marcar x) → ☐	57 Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa: / Sem inf
58	Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa / Sem inf		
59	Transferência? ☐ Sim ☐ Não Novo Estado de residência: Município de Residência: UBS de Acompanhamento: Código (CNES):		
60	Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? ☐ Sim ☐ Não Estado do Ambulatório Especializado ou Hospital: Município: Nova unidade de acompanhamento: Código (CNES):		
61	Situação de encerramento: (marcar X) ☐ Permanece em acompanhamento clínico ☐ Abandono ☐ Óbito por D. Chagas ☐ Em aberto ☐ Óbito por outras causas ☐ Cancelado/Excluir	62	Data do Óbito: Data do Encerramento:
Profissional Responsável:		Registro Conselho/Matrícula:	

Tela Busca ativa

Notificação caso índice	Nome familiar	Parentesco [1]Sogro (a); [2]Pai/Mãe; [3] Marido/Mulher; [4]Irmão (ã); [5]Cunhado (a); [6]Filho (a); [7]Filho (a) recém-nascido; [8]Enteado (a); [9]Sobrinho (a); [10]Vó (ô); [11]Tio (a); [12]Primo (a).	CPF	Confirmado para Chagas	Nº Notificação se confirmado No caso de Filho (a) recém-nascido, ele (a) já deve ser inserido como suspeito de fase aguda no SINAN
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	
Preenchimento automático				☐ Sim ☐ Não	

Observações:

