

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 Agravos/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA | 1 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 F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 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? 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 <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não | <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 | 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"/> Melena | <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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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