

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.
Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença COQUELUCHE	3 Data da Notificação Código (CID10) A 37.9
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	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
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 a 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		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	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

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado		
	35 Nome do Contato		
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado		38 Data da Última Dose
	39 Data do Início da Tosse		
40 Sinais e Sintomas			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____			
41 Complicações			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____			

Atendimento	42 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43 Data da Internação 	44 UF 	45 Município do Hospital 	Código (IBGE)
	46 Nome do Hospital 				Código
Tratamento	47 Utilizou Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		48 Data de Adm. do Antibiótico 		
	49 Coleta de Material da Nasofaringe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	50 Data da Coleta de Material 	51 Resultado da Cultura 1-Positiva 2-Negativa 3-Não Realizada 9-Ignorado		
Dados Lab.	52 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Se Sim, Quantos? 	54 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	
	55 Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se Sim, Em Quantos? 	57 Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo? 	58 Medidas de prevenção/control 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
Conclusão	59 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		60 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		
	61 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		62 Evolução 1 - Cura 2 - Óbito por coqueluche 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	63 Data do Óbito 	64 Data do Encerramento 			

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde 	
	Nome Coqueluche	Função Sinan NET	Assinatura SVS 09/06//2006