

CASO SUSPEITO: Paciente sintomático ganglionar (presença de bubões ou adenite dolorosa) ou respiratório (tosse, dispnéia, dor no peito, escarro muco-sanguinolento) com febre e um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: calafrios, cefaléia, dores no corpo, fraqueza, anorexia, hipotensão e/ou pulso rápido/irregular, oriundo de zonas ativas de ocorrência de peste.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	PESTE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 2 0 . 9	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	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	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Dados Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 A ocorrência cumpre condições básicas de risco?	34 O Caso está associado a eventos positivos de importância epidemiológica para Peste?

Dados Clínicos	35 Os Sinais e Sintomas são compatíveis com a definição de caso?	36 Sintomatologia Específica
----------------	--	------------------------------

Dados do Laboratório	37 Exame Bacteriológico	38 Data da coleta S1	40 Resultado da Sorologia para ELISA
	39 Data da coleta S2		

Dados do Laboratório	41 Resultado da Hemoaglutinação	IgM	Titulos	IgG	Titulos
----------------------	---------------------------------	-----	---------	-----	---------

Conclusão	42 Caso Tratado? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	43 Instituído Controle Focal? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	45 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico	
	46 Classificação da Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1 - Forma Bubônica 2 - Forma Pneumônica 3 - Septicêmica 4 - Outra	47 Gravidade <input type="checkbox"/> 1 - Benigno/Ambulatorial 2 - Moderado 3 - Grave			
	Local Provável da Fonte de Infecção				
	48 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	49 UF	50 País	51 Município	Código (IBGE)
	52 Distrito	53 Bairro	54 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	55 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por peste 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	56 Data do Encerramento <input type="checkbox"/> 			
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		
Peste		Sinan NET		SVS 01/06/2006	