

**CASO SUSPEITO (área não endêmica):** Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		MALÁRIA			
	3	Data da Notificação		Código (CID10) B 5 4			
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	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		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		30 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						

**Dados Complementares do Caso**

Atendimento Epidemiológico	31	Data da Investigação		32 Ocupação					
	33	Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:			34	Tipo de lâmina		35	Sintomas:
1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado				1-BP 2-BA 3-LVC		1-Com sintomas 2-Sem sintomas			

Dados do Exame	36	Data do Exame:		37	Resultado do Exame:		38	Parasitas por mm <sup>3</sup> :	
					1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O				
39 Parasitemia em "cruzes".:									
1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes)									

Tratamento	40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária								
	1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3- Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias; 4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia; 9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11- Malária grave e complicada 12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrina em 3 dias 99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever:								
								41 Data Início do Tratamento:	

<b>Conclusão</b>	<b>42</b> Classificação Final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado		
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>		
	<b>43</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	<b>44</b> UF provável de infecção <input type="text"/>	<b>45</b> País provável de infecção <input type="text"/>
	<b>46</b> Município provável da infecção:	Código (IBGE) <input type="text"/>	<b>47</b> Distrito <input type="text"/>
	<b>48</b> Bairro <input type="text"/>	<b>49</b> Localidade provável da infecção: <input type="text"/>	<b>50</b> Data de Encerramento <input type="text"/>

**Observações adicionais:**

---



---



---



---



---



---

<b>SMS-UF Município</b>	Nome do Paciente:		Idade:	Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
	Nº da notificação <input type="text"/>	Data do exame <input type="text"/>	Resultado do exame <input type="text"/>	Matricula e nome do examinador: <input type="text"/>