



CASO SUSPEITO: paciente com exantema maculopapular acompanhado de pelo menos **DOIS** dos seguintes sinais ou sintomas: febre baixa, hiperemia conjuntival (olhos vermelhos) sem secreção, artralgia (dores em articulações), dores musculares e edema periarticular.

Dados Gerais

1. Tipo de Notificação: 2 – individual 2. Agravado/doença: ZIKA 3. Data da notificação: ___/___/____
4. UF: ES 5. Município de Notificação: 6. Unidade de Saúde: Código (CID10): A92.8
7. DIS: ___/___/____ Código (IBGE):
Código:

Notificação Individual

8. Nome do paciente: _____
9. Data de nascimento: ___/___/____ 10. Idade: 11. Sexo: 12. Gestante: 13. Raça/Cor:
14. Escolaridade: 15. Cartão SUS: 16. Nome da Mãe:

Dados de residência

17. UF: 18. Município: Cód (IBGE): 19. Distrito: 20. Bairro:
21. Logradouro: 22. Número: 23. Complemento: 24. Geo campo 1:
Geo campo 2: 25. Ponto de Referência: 27. CEP:
28. Telefone/Celular: (____) _____ - _____/(____) _____ - _____ 29. Zona: 1- Urbana 30. País:

Investigação/Conclusão

31. Data da investigação: ___/___/____ 32. Ocupação: 33. Exantema – Data:
34. Sinais e Sintomas: (1)Sim (2)Não (9)Ign
Febre ___ 35. DIS: ___/___/____ Exantema ___ 36. DIS: ___/___/____
Hiperemia conjuntival ___ Edema periarticular ___ Mialgia ___ Artralgia ___ Prurido ___ Vômito ___ Diarréia ___
Outros _____

Dados Laboratoriais

RT-PCR
37. Data da Coleta: ___/___/____ 38. Resultado: ___ (1)Reagente (2)Não Reagente (3)Inconclusivo (4)Não Realizável
39. Evolução do Caso: ___ (1)Cura (2)Óbito por dengue (3)Óbito por outras causas (4)Óbito em investigação (9)Ignorado
40. Data do óbito: ___/___/____ 41. Data do Encerramento: ___/___/____

Hospitalização

42. Ocorreu Hospitalização? ___ 1-Sim 2-Não 9- Ignorado 43. Data da internação: ___/___/____ 44. UF: ___
45. Município do hospital: Código(IBGE): 46. Nome do Hospital:
47. Telefone: (____) _____ - _____

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde: Cód Unid. de Saúde:

Nome:

Função:

Assinatura: _____