



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE
NOTIFICAÇÃO SINAN

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
CAXUMBA

República Federativa do Brasil
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nº _____

Dados Gerais

1 - Tipo de Notificação: 2- Individual
2- Agravado/doença: **CAXUMBA – B26** Código (CID10): B26 3 - Data da Notificação: ____/____/____
4 - UF: _____ 5 - Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____
6 - Unidade de Saúde: _____ Código: _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas: ____/____/____

Notificação Individual

8 - Nome do Paciente: _____ 9 - Data Nascimento: ____/____/____
10 - Idade: _____ 11- Sexo: _____ (1-Masculino 2-Feminino 9-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-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)
2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior
5-Não se aplica 9-Ignorado)
15 - Cartão SUS: _____ 16 - Nome da Mãe: _____

Dados de Residência

17 - UF: _____ 18 - Município: _____ Código (IBGE): _____ 19 - Distrito: _____
20 - Bairro: _____ 21 - Logradouro: _____ Código _____
22 - Número: _____ 23 - Complemento: _____ 24 - Geo campo 1: _____
25 - Geo campo 2: _____ 26 - Ponto de Ref: _____ 27 - CEP: _____
28 - Telefone/Celular: (0XX _____) 29 - Zona: _____ (1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado) 30 - País: _____

Dados Complementares

31 - Data dos 1º Sintomas do 1º Caso: ____/____/____ 32 - Nº de Casos Suspeitos / Expostos: _____
33 - Local Inicial da Ocorrência do Surto: _____
34 - Sinais e Sintomas: _____
35 - Data da coleta da 1ª amostra: ____/____/____ 36 - Data da 1ª amostra de uma outra amostra: ____/____/____
37 - Especifique o Tipo de Exame: _____ 38 - Óbito: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado)
39 - Contato com caso semelhante?: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado)
40 - Presença de Exatema: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado) 41 - Data do Início da Exatema: ____/____/____
42 - Presença de Petéquias ou Sufusões Hemorrágicas: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado) 43 - Foi realizado Liquor: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado)
44 - Resultado da Bacteroscopia: _____
45 - Paciente tomou vacina contra o agravo notificado neste impresso: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado) 46 - Data do Início da Exatema: ____/____/____
47 - Ocorreu hospitalização?: () (1 Sim - 2 Não - 3 Ignorado) 48 - Data da Hospitalização: ____/____/____
49 - UF: _____ 50 - Município do Hospital: _____ Código (IBGE): _____ 51 - Nome do Hospital: _____

Notificação do Surto

52 - Hipótese Diagnóstica no momento da Notificação:
1ª Hipótese diagnóstica: _____
2ª Hipótese Diagnóstica: _____
53 - Local Provável para Infecção (Classificação Provisória)
País: _____ UF: _____ Distrito: _____ Bairro: _____

Conclusão

54 - Data Investigação: ____/____/____ 55 - Classificação Final: (1 Confirmado 2 Descartado) _____
56 - Critério de confirmação/descarte: (1 Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico) _____

Local provável da fonte de infecção

57 - Caso é autóctone do município de residência? (1 Sim 2 Não 3 Indeterminado) _____ 58- UF: _____ 59 - País: _____
60 - Município: _____ 61 - Cód. IBGE: _____ 62 - Distrito: _____ 63 - Bairro: _____
64 - Doença relacionado ao trabalho: (1- Sim 2- Não 3- Ignorado) _____
65 - Evolução do caso: (1 Cura 2 Óbito Pelo Agravado Notificado 3 Óbito Por Outras Causas 9- Ignorado) _____
66 - Data do Óbito: ____/____/____ 67 Data do encerramento: ____/____/____

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. Unid. de Saúde: _____
Nome: _____
Função: _____ Conselho Nº: _____