



República Federativa do Brasil
MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO
CAXUMBA**

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 Agravo 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: _____