

CASO SUSPEITO: Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
	Febre Maculosa / Rickettsioses		A 77.9			
	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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		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-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 a 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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado								

Dados Complementares do Caso

Dados Clínicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	33	Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaléia	<input type="checkbox"/>	Dor Abdominal	<input type="checkbox"/>	Mialgia
	<input type="checkbox"/>	Náusea/Vômito	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Diarréia	<input type="checkbox"/>	Icterícia
	<input type="checkbox"/>	Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia/Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Manifestações hemorrágicas
	<input type="checkbox"/>	Linfadenopatia	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Necrose de extremidades	<input type="checkbox"/>	Prostração
	<input type="checkbox"/>	Choque/Hipotensão	<input type="checkbox"/>	Estupor/Coma	<input type="checkbox"/>	Sufusão hemorrágica	<input type="checkbox"/>	Alterações Respiratórias
	<input type="checkbox"/>	Oligúria/Anúria	<input type="checkbox"/>	Outros: _____				

Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)

Epidemiologia	34	Teve contato com animais?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	<input type="checkbox"/>	Carrapato	<input type="checkbox"/>	Capivara	<input type="checkbox"/>	Cão/Gato	<input type="checkbox"/>	Bovinos	<input type="checkbox"/>	Equinos	<input type="checkbox"/>
35	Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.							<input type="checkbox"/>			
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Tratamento	36	Ocorreu Hospitalização		<input type="checkbox"/>	37	Data da Internação	38	Data da Alta	39	UF
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado									
40	Município do Hospital		Código (IBGE)	41	Nome do Hospital		Código			

