

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
			A 90 A 92		Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
		S P		São Paulo	
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	
				Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8			9		
	Nome do Paciente			Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
					13	
				Raça/Cor		
14	Escolaridade					
15	Número do Cartão SUS		16			
				Nome da mãe		

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito (UVIS)
	20	Bairro (Dist Adm)	Bairro	(reside em outro município)		21	Logradouro (rua, avenida,...)
	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)

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação		32	Ocupação	Outra ocupação não listada ao lado:

Dados clínicos	33 Sinais clínicos: 1 - Sim 2 - Não													
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Vômito	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva
	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	Artralgia intensa	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Dor retroorbital
34	Doenças pré-existentes: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado													
<input type="checkbox"/>	Diabetes		<input type="checkbox"/>	Hepatopatias		<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial		<input type="checkbox"/>	Doenças auto-imunes				
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas			<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica		<input type="checkbox"/>	Doença ácido-péptica						

Dados laboratoriais	35		36		37		38	
	Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		Teste de Neutralização por Redução de Placas PRNT Data da Coleta		Resultado IgM 1ª coleta	
							IgM 2ª coleta	
							PRNT	
							Distrito (UVIS)	
	39		40		42			
Data da Coleta		Resultado IgM		Exame NS1 Data da Coleta		Resultado NS1		
43		44		45		46		
Isolamento Data da Coleta		Resultado Isolamento		RT-PCR Data da Coleta		Resultado PCR		
47		48		49				
Sorotipo		Histopatologia		Imunohistoquímica				

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código		55 (DDD) Telefone	

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência? 57 UF 58 País

59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito (UVIS)	61 Bairro(Dist. Administrativo)
62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento	

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
	70 Dengue grave	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Sangramento grave:	
	Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função