



1. IDENTIFICAÇÃO

1	Nome	2	Data de nascimento	3	Idade(anos)		
4	Gênero <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino	5	Gestante <input type="checkbox"/>	6	Idade gestacional <input type="checkbox"/>		
			1- Sim 2- Não				
7	Vacina Triplice	8	Data da vacina triplice				
9	Endereço (rua/ avenida/nº/bairro)						
10	Município de Residência	11	UF	12	GVE	13	Contato (telefone/email)

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

14	Dengue anterior <input type="checkbox"/>	15	Ano da ocorrência
	1- Sim 2- Não		

4. SINAIS E SINTOMAS

16	Data de início dos sintomas				
17	Sinais e sintomas 1- sim 2- não 9- ignorado				
<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Outros _____
<input type="checkbox"/>	Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/>	Diarreia		
<input type="checkbox"/>	Poliartrite	<input type="checkbox"/>	Sintomas respiratórios		
<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	Cefaleia		
<input type="checkbox"/>	Prurido	<input type="checkbox"/>	Mialgia		
<input type="checkbox"/>	Manifestações hemorrágica _____	<input type="checkbox"/>	Edema de membros		

4. ATENDIMENTO

18	Nome do hospital	Data de atendimento	
19	Município do hospital	20	UF