

CASO SUSPEITO: Pessoas com história epidemiológica de exposição a solo e/ou águas em qualquer região do Ceará, seja ocupacional ou recreativa, recente ou não, e que apresente uma das seguintes suspeitas clínicas:

- Infecção comunitária grave de rápida evolução para síndrome da resposta inflamatória sistêmica ou choque séptico
- Pneumonia ou outra infecção comunitária sem melhora ao tratamento antimicrobiano convencional.
- Febre prolongada de etiologia não definida ou quadro clínico sugestivo de tuberculose que não responde ao tratamento específico tuberculostático.
- Infecções supurativas crônicas sem melhora ao tratamento antimicrobiano convencional

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **MELIOIDOSE** Código (CID10) 3 Data da Notificação

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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - 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-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,...)

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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares de Caso

Dados Clínicos

31 Sinais e Sintomas 1- Febre 2-Tosse 3- Dor Torácica 4- Dispneia 5- Hipotensão 6- Choque 7- Náusea/Vômito 8- Dor Abdominal 9- Linfadenopatia 10-Lesões Cutâneas 11-Perda de Peso

32 Doenças Preexistentes 1- Diabetes mellitus 2- Doença pulm. crônica 3-Insuficiência renal 4- Doença hepática crônica 5- Doença hematológica 6- Neoplasia 7- HIV/AIDS 8- Outras doenças imunossupressoras 9- Outros

33 História Clínica

34 Uso 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Alcool Corticosteroides Medicamentos imunossupressores Outros 35 Casos semelhantes conhecidos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Local:

Hospitalização

36 Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 37 Município do Hospital: Código IBGE: 39 Data da Internação:

38 Nome do Hospital: Código IBGE: 40 Data da Alta:

Dados Epidemiológicos

41 Data da Investigação: _____

42 Ocupação: _____

43 Exposição cotidiana a solo (meses/anos)
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Ocupacional Lazer

Tipo de Solo: Terra Lama Poeira/ventania Mangue

Atividades praticadas:
 Agricultura/plantações Construção civil Escavações Jardinagem Atividades esportivas Ecoturismo

44 Exposição específica a solo (<30 dias)
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Ocupacional Lazer

Tipo de Solo: Terra Lama Poeira/ventania Mangue

Atividades praticadas:
 Agricultura/plantações Construção civil Escavações Jardinagem Atividades esportivas Ecoturismo

45 Exposição cotidiana a água (meses/anos)
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Ocupacional Lazer

Local: Rio Açude Riacho/córrego/poço Lagoa Barragem Cachoeira

Atividades praticadas:
 Banho/lazer Mergulho Natação Pescaria Atividades de trabalho

46 Exposição em águas recentemente acumuladas (<30 dias)
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Ocupacional Lazer

Local: Rio Açude Riacho/córrego/poço Lagoa Barragem Cachoeira

Atividades praticadas:
 Banho/lazer Mergulho Natação Pescaria Atividades de trabalho

47 Exposições a chuvas recentes (ultimos 30 dias)

48 Contato com aeróis gerados por água
 Spray de água gerados por bico de pulverização em agricultura/irrigação/jardinagem
 Spray em cachoeiras

50 Deslocamento ou viagens
 Local: _____
 Período: ____/____/____

49 Exposições a inundações (ultimos 30 dias)

51 Atividades de trabalho com animais
 Equinos bovinos caprinos ovinos aves outros

Dados do Laboratório

52 Confirmação diagnóstica de *Burkholderia pseudomallei*
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Espécime	Cultura	PCR	Teste Rápido
Sangue	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Urina	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Escarro	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Lavado bronquico	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Secreção purulenta	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Liquor	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Líquido cavitário	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Outros [_____]	____/____/____	____/____/____	____/____/____

53 Sorologias 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

	IgM	Títulos	IgG	Títulos
Data da Sorologia 1 ____/____/____	1: _____	1: _____	1: _____	1: _____
Data da Sorologia 2 ____/____/____	1: _____	1: _____	1: _____	1: _____

54 Realizou exame de imagem 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Radiografia do Tórax

Infiltrado Pulmonar: Difuso Localizado Derrame pleural

Realizou outro exame de imagem:

Qual? _____ Resultado: _____

Tratamento

55 Uso de Antibióticos:

Meropenem Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____

Cefazidima Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____

SMX + TMP Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____

Outros - qual? _____

56 Assistência Ventilatória:

57 Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares)

58 Terapia de erradicação após a alta

Conclusão

59 Classificação Final
 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Caso Provável

60 Critério de Diagnóstico
 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

61 Zona Provável de Infecção
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

62 Tipo de Ambiente onde Provavelmente Ocorreu a Infecção
 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 9 - Ignorado
 4 - Outro: _____

63 Evolução do Caso
 1 - Cura/ Tratamento 2 - Óbito Melioidose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

64 Data do Óbito: _____

65 Se Óbito, realizou autópsia

66 Doença Relacionada ao Trabalho

67 Data do Encerramento: _____

Informações Complementares e Observações Adicionais

Observações: _____

Investigador

68 Município/Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Função: _____

Assinatura: _____

Código da Unidade de Saúde: _____