

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		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	
	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
	14						Escolaridade

Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
	19		Distrito	20		
	21		Bairro	22		Logradouro (rua, avenida,...)
	23		Número	24		Complemento (apto., casa, ...)
	25		Geo campo 1	26		Geo campo 2

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação	32	Ocupação
------	----	----------------------	----	----------

Dados clínicos	33					
	Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos 1-Sim 2- Não					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados laboratoriais	34		Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado		38	
	35		36		37	
	39		40		41	
	43		44		45	
	47		48		49	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

Conclusão	56 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito
			61 Bairro
	62 Classificação <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/>
	5- Descartado 10- Dengue 11_ Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	1 - Laboratório 2 - Clínico- Epidemiológico 3-Em investigação	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento
	1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado		

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"/>	<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 instensa 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