



**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2- Individual

2 Data da Notificação

3 Município da Notificação

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código IBGE

Código

**Dados do Caso**

5 Agravado: **TRACOMA**

Código CID 10: **A719**

6 Data dos Primeiros Sintomas

7 Nome do Paciente

8 Data de Nascimento

9 (ou) Idade:  D - dias  M - meses  A - anos

10 Sexo:  M - Masculino  F - Feminino  I - Ignorado

11 Raça/Cor:  1-Branca  2-Preta  3-Amarela  4-Parda  5-Indígena  9-Ignorado

12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos):  1-Nenhuma  2-De 1 a 3  3-De 4 a 7  4-De 8 a 11  5-De 12 e mais  6- Não se aplica  9-Ignorado

13 Número do Cartão SUS

14 Nome da mãe

**Dados de Residência**

15 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

16 Número

17 Complemento (apto., casa, ...)

18 Ponto de Referência

19 UF

20 Município de Residência

Código (IBGE)

Distrito

21 Bairro

Código (IBGE)

22 CEP

23 (DDD) Telefone

24 Zona:  1 - Urbana  2 - Rural  3 - Urbana/Rural  9 - Ignorado

25 País (se residente fora do Brasil)

Código

**Dados Complementares do Caso**

**Antecedente Epidemiológicos**

26 Data da Investigação

27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica

28 Tempo de Moradia:  D - dias  M - meses  A - anos

29 Procedência: Nome da Cidade

UF

30 Local de Trabalho/estudo

31 Contato com Casos Semelhantes:  1- sim  2- não  9- ignorado

Domicílio  Trabalho  Creche/Escola

Outros (especifique):

32 Água:  1- Encanada de Rede Pública  2- Encanada de Poço, Mina, Outros  3- Poço/Mina  4- Torneira Fora de Casa  5- Outros (especifique)  9- Ignorado

33 Esgoto:  1- Rede Pública/Fossa Séptica  2- Fossa Negra  3- Céu Aberto  4- Outros (especifique)  9- Ignorado

34 Manifestações Clínicas:  1- sim  2- não  9- ignorado

Ardor  Secreção  Prurido  Fotofobia  Lacrimejamento  Hiperemia

Sensação de corpo estranho  Outros (especifique):

**Dados Clínicos**

35 Reinfecção:  1- sim  2- não  9- Ignorado

36 Forma Clínica:  1- sim  2- não  9- ignorado

Olho direito:  TF  TI  TS  TT  CO

Olho esquerdo:  TF  TI  TS  TT  CO

37 Conjuntivite Associada:  1- Bacteriana  2- Viral  3- Outros (especifique)  4- Não  5- Sem especificação

**38** Data do Início do Tratamento

**39** Esquema Terapêutico 1- Tetraciclina tópica 2- Sulfa - colírio 3- Azitromicina   
 4- Outro (especifique) \_\_\_\_\_  
 5- Associação (especifique) \_\_\_\_\_  
 6- Não se aplica

**40** Verificação de cura 1º Controle \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2º Controle \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3º Controle \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Códigos: F= faltoso - T= mantido ou reiniciado o tratamento - ACL= alta clínica  
 ACS= alta curado(a) sem cicatrizes - ACC= alta curado com cicatrizes - NSA= não se aplica

**41** Especificar Forma Clínica   
 1- Tracoma Inflamatório (TF/TI)  
 2- Tracoma Cicatricial (TS)  
 3- Sequela de Tracoma (TT/CO)  
 4- Tracoma Inflamatório (TF/TI) associado à sequela (TS/TT/CO)

**42** Evolução   
 1- Cura 2- Abandono 9- Ignorado

**43** Data da Evolução

**44** Doença Relacionada ao Trabalho   
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

**45** Data do Encerramento

**46** Comunicantes domiciliares  Total de Moradores  Total de Examinados

Nº	NOME	IDADE	EXAME		TRACOMA		CONDUTA
			1- Sim	2- Não	1- Sim	2- Não	
01			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**47** Observações

---



---



---



---



---



---



---

**48** Município/Unidade de Saúde

**49** Código da Unid. de Saúde

**50** Nome

**51** Função

**52** Assinatura