

## A - Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus – Prontuário

### Dados de Identificação

**DI01.** Nº SINAN: \_\_\_\_\_ **DI02.** Nº GAL: \_\_\_\_\_  
**DI03.** Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
**DI04.** Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DI05.** Idade: \_\_\_\_ [ ]<sup>D-dias, M-meses, A-anos</sup>  
**DI06.** Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino  
**DI07.** Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
**DI08.** Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**DI09.** Município de residência: \_\_\_\_\_ **DI10.** UF: \_\_\_\_\_  
**DI11.** Endereço: \_\_\_\_\_  
**DI12.** Bairro: \_\_\_\_\_ **DI13.** Ponto de referência: \_\_\_\_\_

### Dados de Internação

Preencher com dados referentes aos atendimentos até a primeira internação:

Nome do serviço	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Unidade (pronto socorro, clínicas, UTI, outros)	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)

### Dados Clínicos

Preencher com dados referentes à primeira internação:

**DC01.** Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [ ] Sim [ ] Não

**DC02.** Data início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DC03.** Sinais e sintomas apresentados: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

[ ] Febre	[ ] Exantema	[ ] Dor abdominal
Data início: ____/____/____	Data início: ____/____/____	Intensidade:
Duração: ____ dias	Duração: ____ dias	[ ] Leve
Temperatura máxima: ____°C	Tipo exantema:	[ ] Moderada
	[ ] Pruriginoso	[ ] Intensa
[ ] Hipotermia	[ ] Macular	
Temperatura mínima: ____°C	[ ] Maculo-papular	

[ ] Conjuntivite seca	[ ] Vômitos	[ ] Sonolência	[ ] Esplenomegalia
[ ] Prurido	[ ] Calafrios	[ ] Irritabilidade	[ ] Coriza
[ ] Cefaleia	[ ] Equimose	[ ] Paresia	[ ] Tosse
[ ] Dor retro-orbitária	[ ] Epistaxe	[ ] Paralisia	[ ] Dispneia
[ ] Mialgia	[ ] Hematoma	[ ] Hipotensão postural	[ ] Dor de garganta
[ ] Diarreia	[ ] Petéquias	[ ] Lipotimia	[ ] Faringite
[ ] Náuseas	[ ] Prostração	[ ] Hepatomegalia	[ ] Linfadenopatia

- Artrite  
 Tenossinovite  
 Edema de membros  
 Localização:  Articular  
 Periarticular  
 Disseminado  
 Dor articular  
 Simetria:  Simétrica  
 Assimétrica

Quais as articulações acometidas:

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

Outros sinais ou sintomas, especificar: \_\_\_\_\_

**DC4.** Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais:  Sim  Não. Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                                             |                                              |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestante                           | <input type="checkbox"/> Obesidade           | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Puérpera                           | <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | Diagnóstico prévio de <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica     | <input type="checkbox"/> Asma                | Vacina <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue - número de doses: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia           | <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____                                                                |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica               | <input type="checkbox"/> Doença hematológica |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica                | <input type="checkbox"/> Tabagismo           |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Etilismo            |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC                    | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica    |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Demência                           | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática    |                                                                                                                              |

**DC5.** Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas:  Sim  Não  Não informado. **DC5.1** Se sim especificar: \_\_\_\_\_

**DC6.** Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)?  Sim  Não  Não informado. **DC6.1.** Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**DC7.** Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo?  Sim  Não  Não informado  
Se sim, especificar (**DC8 a DC14**):

**DC8.** Manifestações neurológicas:  Sim  Não - Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                            |                                                            |                                                     |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meningoencefalite | <input type="checkbox"/> Neuropatia                        | <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência   |
| <input type="checkbox"/> Encefalite        | <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré        | <input type="checkbox"/> Coma                       |
| <input type="checkbox"/> Convulsões        | <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar                | <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos           |
| <input type="checkbox"/> Paresia           | <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Paralisia         | <input type="checkbox"/> Agitação                          |                                                     |

**DC9.** Manifestações oculares:  Sim  Não - Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                        |                                      |                                                     |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurite ótica | <input type="checkbox"/> Episclerite | <input type="checkbox"/> Uveíte                     |
| <input type="checkbox"/> Iridiociclite | <input type="checkbox"/> Retinite    | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |

**DC10.** Manifestações dermatológicas:  Sim  Não – Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                                         |                                                       |                                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível | <input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa     | <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea             |                                                     |

**DC11.** Quadro renal:  Sim  Não – Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                                    |                                                     |                                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nefrite                   | <input type="checkbox"/> Redução do débito urinário | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina  |                                                     |

**DC12.** Quadro hemorrágico:  Sim  Não – Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                               |                                                      |                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hematêmese           | <input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos       | <input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico) |
| <input type="checkbox"/> Melena               | <input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto  |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC   | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo |                                                                      |

**DC13.** Evoluiu para choque:  Sim  Não - Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- Taquicardia  Extremidades frias  Outros, especificar: \_\_\_\_\_  
 Pulso débil ou indetectável  Tempo de enchimento capilar  $\geq 3''$   
 PA diferencial convergente ( $\leq 20$  mmHg)  Hipotensão arterial (PAS  $< 90$  mmHg)

**DC14.** Presença de outras complicações:  Sim  Não - Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- Miocardite  Abortamento IG\_\_\_\_  Icterícia  
 Discrasias hemorrágicas  Óbito fetal IG\_\_\_\_ DO\_\_\_\_  Edema agudo pulmonar  
 Pneumonia  Parto prematuro IG\_\_\_\_  Infecção associada à assistência à saúde  
 Insuficiência respiratória  Hepatite aguda  Outras, especificar: \_\_\_\_\_  
 Taquidispneia  Pancreatite aguda  
 Gestante ou puerpera  Hipoadrenalismo

## Manejo Clínico

**MC01.** Houve remoção para UTI:  Sim  Não

**MC01.1.** Se sim, data admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MC01.2.** Data alta da UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MC02.** Recebeu 1ª soroterapia intravenosa:  Sim  Não. Se sim, especificar:

**MC03.** Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MC04.** Usou por quantos dias: \_\_\_\_\_

**MC05.** Peso: \_\_\_\_\_ Kg

**MC06.** Especificar volume diário infundido:

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

**MC07.** Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Coloides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/ /	/ /

\* Anti-inflamatórios não esteroides

## Exames Laboratoriais Inespecíficos

**LI01.** Realizou algum tipo de exame de sangue:  Sim  Não - Se sim, especificar (Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais próximos da ocorrência do óbito):

\*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados mais relevantes para a investigação.

Data Coleta	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hematócrito										
Hemoglobina										
Plaquetas										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Eosinófilos										
Basófilos										
Monócitos										
Linfócitos										
Bastonetes										
AST - TGO										
ALT - TGP										
Ureia										
Creatinina										
Sódio										
Potássio										
Albumina										
Fosfatase Alcalina										
Bilir. total										
Bilir. direta										
Bilir. indireta										
Internado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

**LI02.** Realizou punção líquórica?

Data	Aspecto
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____

**LI2.1.** Análise bioquímica do líquido:

Data	Hemácias (mm <sup>3</sup> )	Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

**LI3.** Realizou algum exame de imagem:  Sim  Não - Se sim, especificar:

Exame	Topografia	Data	Resultado	Se alterado, laudo
<input type="checkbox"/> Radiografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Radiografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Tomografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ressonância		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

## Exames Laboratoriais Específicos

**LE01.** Realizou algum exame etiológico: [ ] Sim [ ] Não - Se sim, especificar:

Agente <sup>1</sup>	Amostra <sup>1</sup>	Data coleta	Sorologia <sup>2</sup>	RT-PCR <sup>3</sup>	Outra técnica*
[ ] Zika	[ ] Soro	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Líquor	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Urina	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Vísceras	/ /	[ ] IHQ	[ ]	
[ ] Dengue	[ ] Soro	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Líquor	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Vísceras	/ /	[ ] IHQ	[ ]	
[ ] Chikungunya	[ ] Soro	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Líquor	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Vísceras	/ /	[ ] IHQ	[ ]	
[ ] Outro agente, especificar:	[ ] Soro	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Líquor	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Urina	/ /	[ ] IgM <sup>2</sup>	[ ]	
	[ ] Vísceras	/ /	[ ] IHQ	[ ]	
	[ ] Outra	/ /			

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

\*Nome da técnica e resultado

**LE02.** Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: [ ] Sim [ ] Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	
	/ /	
	/ /	

**LE03.** Há alíquota guardada em algum laboratório: [ ] Sim [ ] Não - Se sim, especificar onde: \_\_\_\_\_

### Dados de óbito

**EC3.** Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

Nº DO: \_\_\_\_\_

- A) \_\_\_\_\_
- B) \_\_\_\_\_
- C) \_\_\_\_\_
- D) \_\_\_\_\_
- I) \_\_\_\_\_
- II) \_\_\_\_\_

**EC4.** O corpo foi encaminhado para necropsia: [ ] Sim [ ] Não - Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: \_\_\_\_\_

## Encerramento

**EN01.** Encerramento:  Confirmado  Descartado  Provável  Inconclusivo  Em investigação

**EN02.** Critério:  Clínico-epidemiológico  Laboratorial

**EN03.** Classificação:  Zika  Dengue  Chikungunya  Outros, especificar: \_\_\_\_\_

**EN04.** Evolução:

Cura sem sequelas Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cura com sequelas Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Óbito Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Observações

---

---

---

**IN01.** Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**IN01.** Responsável pela investigação:

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Há outros investigadores?  Sim  Não – Se sim, quais?

1. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

## B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

### Dados de Identificação do Entrevistado

**DI01.** SINAN do caso: \_\_\_\_\_ **DI02.** Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

**DI03.** Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DI04.** Idade: \_\_\_\_\_ [ ]<sup>A-anos</sup>

**DI05.** Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino **DI06.** Grau de parentesco/relacionamento com o caso: \_\_\_\_\_

**DI07.** Município de residência: \_\_\_\_\_ **DI08.** UF: \_\_\_\_\_

**DI09.** Endereço: \_\_\_\_\_

**DI10.** Ponto de referência: \_\_\_\_\_ **DI11.** Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Assistência à Saúde

**AS01.** Antes do óbito a pessoa ficou doente? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

**AS01.1.** Se sim, qual a data de início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AS02.** Quais foram os sinais e sintomas apresentados: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre<br>Data início: __/__/____<br>Duração (dias): ____<br>Temperatura máxima (°C): ____                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Cefaleia)<br><input type="checkbox"/> Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)<br><input type="checkbox"/> Dor no corpo (Mialgia)<br><input type="checkbox"/> Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca)<br><br><input type="checkbox"/> Dor abdominal<br>Intensidade:<br><input type="checkbox"/> Leve<br><input type="checkbox"/> Moderada<br><input type="checkbox"/> Intensa<br><br><input type="checkbox"/> Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)<br><br><input type="checkbox"/> Inchaço (Edema) de membros<br>Localização:<br><input type="checkbox"/> Membros<br><input type="checkbox"/> Corpo todo | <input type="checkbox"/> Manchas roxas no corpo (Equimose)<br><input type="checkbox"/> Sangramento no nariz (Epistaxe)<br><br><input type="checkbox"/> Fraqueza (Prostração)<br><input type="checkbox"/> Sonolência<br><input type="checkbox"/> Irritabilidade<br><input type="checkbox"/> Tontura quando levanta (Hipotensão postural)<br><input type="checkbox"/> Desmaio (Lipotimia)<br><br><input type="checkbox"/> Nariz escorrendo (Coriza)<br><input type="checkbox"/> Tosse<br><input type="checkbox"/> Falta de ar (Dispneia)<br><input type="checkbox"/> Dor de garganta<br><br><input type="checkbox"/> Gânglio/íngua (Linfadenopatia)<br><input type="checkbox"/> Formigamento (Paresia)<br><input type="checkbox"/> Paralisia<br><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pele fria (Hipotermia)<br>Temperatura mínima (°C): ____                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Dor nas juntas (Dor articular)<br>Extensão:<br><input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular)<br><input type="checkbox"/> Duas ou mais (Poliarticular)<br>Intensidade:<br><input type="checkbox"/> Leve<br><input type="checkbox"/> Moderada<br><input type="checkbox"/> Intensa |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha no corpo (Exantema)<br>Data início: __/__/____<br>Duração (dias): ____                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Diarreia<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vômitos<br><input type="checkbox"/> Calafrios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**AS03.** Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [ ] Sim [ ] Não

Se sim, especificar:

Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

**AS04.** Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [ ] Sim [ ] Não

**AS05.** Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? [ ]

**AS31.** Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

Nome serviço de saúde	Município	Data atendimento	Qual foi o diagnóstico	Conduta	Foi orientado retorno?	Foi orientado a tomar líquido em casa?	Foi entregue cartão da dengue?
		/ /		[ ] Alta (_/ /_)			
		/ /		[ ] Internação [ ] Transferência			
		/ /		[ ] Alta (_/ /_)			
		/ /		[ ] Internação [ ] Transferência			
		/ /		[ ] Alta (_/ /_)			
		/ /		[ ] Internação [ ] Transferência			
		/ /		[ ] Alta (_/ /_)			
		/ /		[ ] Internação [ ] Transferência			

**AS06.** Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei – Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
[ ] Soro por boca (Reidratação oral)		/ /	/ /
[ ] Soro na veia (Soroterapia venosa)		/ /	/ /
[ ] Outros		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**AS07.** Fazia uso de medicamento de uso contínuo? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, especificar qual (is):

---

**AS08.** Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? [ ] Sim [ ] Não

Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |                                                   |                                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| [ ] Gestante (idade gestacional ____)             | [ ] Asma                                            |
| [ ] Puérpera (dias ____)                          | [ ] Epilepsia                                       |
| [ ] Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) | [ ] Doença no sangue (Doença hematológica)          |
| [ ] Diabetes mellitus                             | [ ] Tabagismo                                       |
| [ ] Doença renal crônica                          | [ ] Alcoolista (Etilismo)                           |
| [ ] Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica)         | [ ] Hepatite crônica                                |
| [ ] Obesidade                                     | [ ] Cirrose hepática                                |
| [ ] Cardiopatia crônica                           | [ ] Doenças reumatológicas                          |
| [ ] Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC     | [ ] Outras doenças ou condições, especificar: _____ |



## Contactantes

**C01.** Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [ ] Sim [ ] Não. Se sim, especificar:

**C02.** Sabe o que a pessoa teve?

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**C03.** Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: \_\_\_\_\_

Caso tomou vacina? [ ] Sim [ ] Não

Quantas doses? \_\_\_\_\_

Tem carteira de vacinação? [ ] Sim [ ] Não

## Observação

---

---

---

---

---

---

---

---

## Investigação

**I01.** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **I02.** Investigador: \_\_\_\_\_