



**CASO SUSPEITO:** Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo *T. cruzi*; ou recém nascido de mãe infectada. **CASO CONFIRMADO:** a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti *T. cruzi* classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos. b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		B 57.1	Data da Notificação	
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação	
					Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
Notificação Individual	8				9
	Nome do Paciente				Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12
					Gestante
					13
Dados de Residência	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 à 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		16		
	Número do Cartão SUS		Nome da mãe		
	17	18	Município de Residência		19
					Código (IBGE)
					Distrito
20		21		22	
Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)		Número	
				23	
				Complemento (apto., casa, ...)	
24		25		26	
Geo campo 1		Geo campo 2		Ponto de Referência	
				27	
				CEP	
28		29		30	
(DDD) Telefone		Zona		País (se residente fora do Brasil)	
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Antecedentes epidemiológicos	31		32		
	Data da Investigação		Ocupação		
	33				
	Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)				
	UF		Município		
34		35		36	
Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio		Data de encontro dos vestígios		História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
37		38		39	
Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia		Manipulação/Contato de Material com <i>T. cruzi</i>		Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica	
1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	
40		41		42	
Possibilidade de transmissão por via oral					
1-Sim 2-Não 9-Ignorado					

Dados Clínicos

41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assintomático  Edema de face/membros  Sinais de Meningoencefalite  Poliadenopatia

Febre Persistente  Hepatomegalia  Sinais de ICC  Taquicardia Persistente/Arritmias

Astenia  Esplenomegalia  Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña  Outros \_\_\_\_\_

Dados do Laboratório

**Exames Realizados**

42 Data da coleta

43 Parasitológico Direto  Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço  Outro  
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado  Strout/Microhematócrito/QBC

44 Data da coleta

45 Parasitológico Indireto  Xenodiagnóstico  Hemocultivo  
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

46 Data da coleta S1

47 Data da coleta S2

48 Resultado da Sorologia para ELISA

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

49 Resultado da Hemoaglutinação

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI

	IgM	Titulos	IgG	Titulos
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1: _____	S1 <input type="checkbox"/>	1: _____
2 - Não-Reagente				
3 - Inconclusivo				
4 - Não Realizado				
	S2 <input type="checkbox"/>	1: _____	S2 <input type="checkbox"/>	1: _____

51 Data da coleta do Histopatológico

52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)   
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Tratamento

53 Tipo de Tratamento  Específico  Sintomático  
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Droga Utilizada no Tratamento Específico   
1 - Benznidazol 2 - Outro

55 Tempo de tratamento (em dias)

Medidas de Controle

56 Medidas Tomadas

1 - Sim  Controle de Triatomídeos  Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório

2 - Não  Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia  Outros \_\_\_\_\_

3 - Não se Aplica

9 - Ignorado

Conclusão

57 Classificação Final  58 Critério de Confirmação/Descarte  59 Evolução do Caso  60 Data do Óbito

1-Confirmado 2-Descartado 1 - Laboratório 1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Aguda 3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado

**Modo/Local Provável da Fonte de Infecção**

61 Modo Provável da Infecção  62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)

1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio

4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra \_\_\_\_\_ 9 - Ignorada 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado

63 O caso é autóctone do município de residência?  64 UF  65 País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

66 Município \_\_\_\_\_ Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 67 Distrito \_\_\_\_\_ 68 Bairro \_\_\_\_\_

69 Doença Relacionada ao Trabalho  70 Data do Encerramento \_\_\_\_\_

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

OBSERVAÇÕES

---



---



---



---

Investigador

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_