



CASO SUSPEITO: Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		3	Data da Notificação				
	Febre Maculosa / Rickettsioses		4	Código (CID10)	A 77.9				
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Data dos Primeiros Sintomas				
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado				
	14								
Dados de Residência	14								
	14								
	14								
	14								
	14								
	14								
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	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		30	País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso									
Dados Clínicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação				
	33	Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Dor Abdominal		<input type="checkbox"/> Mialgia		
	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito		<input type="checkbox"/> Exantema		<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Icterícia		
	<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival		<input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia		<input type="checkbox"/> Petéquias		<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas		
	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia		<input type="checkbox"/> Convulsão		<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades		<input type="checkbox"/> Prostração		
<input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão		<input type="checkbox"/> Estupor/Coma		<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica		<input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias			
<input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria		<input type="checkbox"/> Outros: _____							
Epidemiologia	Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)								
	34	Teve contato com animais?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Tratamento	<input type="checkbox"/> Carrapato		<input type="checkbox"/> Capivara		<input type="checkbox"/> Cão/Gato		<input type="checkbox"/> Bovinos		
	<input type="checkbox"/> Equinos		<input type="checkbox"/> Outros animais: _____						
35		Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Tratamento	36	Ocorreu Hospitalização		37	Data da Internação		38	Data da Alta	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	39	UF		40		Município do Hospital		Código (IBGE)	
41		Nome do Hospital		Código					

Dados Laboratoriais Específicos

42 Diagnóstico laboratorial 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

43 Sorologia

Data da Coleta S1		IgM	Títulos	IgG	Títulos
<input type="text"/>		§1 <input type="checkbox"/>	1: <input type="text"/>	§1 <input type="checkbox"/>	1: <input type="text"/>
Data da Coleta S2		S2 <input type="checkbox"/>	1: <input type="text"/>	S2 <input type="checkbox"/>	1: <input type="text"/>

1 - Reagente
2 - Não-Reagente
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

44 Data da Coleta

45 Resultado do isolamento

1-Detectado 2-Não Detectado 3 - Não realizado

46 Agente

Histopatologia

47 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Imunohistoquímica

48 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Conclusão

49 Classificação Final

1- Confirmado 2- Descartado

50 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratório
2 - Clínico-Epidemiológico
3 - Clínico

51 Se descartado, Especificar diagnóstico

LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO

52 O caso é autóctone do município de residência?

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

53 UF

54 País

55 Município

Código (IBGE)

56 Distrito

57 Bairro

CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO

58 Zona

1- Urbana 2- Rural 3- Peri-urbana 9- Ignorado

59 Ambiente

1- Domiciliar 2- Trabalho 3- Lazer 4- Outro 9- Ignorado

60 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

61 Evolução

1 - Cura 2 - Óbito por febre maculosa
3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado

62 Data do óbito

63 Data do encerramento

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Assinatura
Função	