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 inicio 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 Agravo/doença **1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA** ☐ Código (CID10) A 90 A 92

3 Data da Notificação

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 ☐
1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

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

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 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

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 ☐ 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.

31 Data da Investigação | 32 Ocupação

Dados clínicos

33 **Sinais clínicos** **1-Sim 2- Não**

☐ Febre ☐ Cefaleia ☐ Vômito ☐ Dor nas costas ☐ Artrite ☐ Petéquias ☐ Prova do laço positiva
☐ Mialgia ☐ Exantema ☐ Náuseas ☐ Conjuntivite ☐ Artralgia intensa ☐ Leucopenia ☐ Dor retroorbital

34 **Doenças pré-existentes** **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

☐ Diabetes ☐ Hepatopatias ☐ Hipertensão arterial ☐ Doenças auto-imunes
☐ Doencas hematológicas ☐ Doenca renal crônica ☐ Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) | 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

Exame PRNT 37 Data da Coleta

38 Resultado S1 ☐ S2 ☐ PRNT ☐
1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta

40 Resultado ☐
1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Exame NS1 41 Data da Coleta

42 Resultado ☐
1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

43 **Isolamento** Data da Coleta

44 Resultado ☐
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

45 **RT-PCR** Data da Coleta

46 Resultado ☐
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

47 Sorotipo ☐
1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4

48 **Histopatologia** ☐
1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

49 **Imunohistoquímica** ☐
1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Hospitalização

50 **Ocorreu Hospitalização?** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐

51 **Data da Internação**

52 **UF**

53 **Município do Hospital** **Código (IBGE)**

54 **Nome do Hospital** **Código**

55 **(DDD) Telefone**

Conclusão

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 **O caso é autóctone do município de residência?** 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado ☐

57 **UF**

58 **País**

59 **Município** **Código (IBGE)**

60 **Distrito**

61 **Bairro**

62 **Classificação** ☐
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya

63 **Critério de Confirmação/Descarte** ☐
1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação

64 **Apresentação clínica** ☐ 1- Aguda 2- Crônica

65 **Evolução do Caso** ☐
1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado

66 **Data do Óbito**

67 **Data do Encerramento**

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** **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

- ☐ Hipotensão postural e/ou lipotímia
- ☐ Queda abrupta de plaquetas
- ☐ Vômitos persistentes
- ☐ Dor abdominal intensa e contínua
- ☐ Letargia ou irritabilidade
- ☐ Sangramento de mucosa/outras hemorragias
- ☐ Aumento progressivo do hematócrito
- ☐ Hepatomegalia >= 2cm
- ☐ Acúmulo de líquidos

69 **Data de início dos sinais de alarme:**

70 **Dengue grave** **1-Sim 2- Não 9-Ignorado**

Extravasamento grave de plasma:

- ☐ Pulso débil ou indetectável
- ☐ PA convergente <= 20 mmHg
- ☐ Tempo de enchimento capilar
- ☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória
- ☐ Taquicardia
- ☐ Extremidades frias
- ☐ Hipotensão arterial em fase tardia

Sangramento grave:

- ☐ Hematêmese
- ☐ Melena
- ☐ Metrorragia volumosa
- ☐ Sangramento do SNC

Comprometimento grave de órgãos:

- ☐ AST/ALT > 1.000
- ☐ Miocardite
- ☐ Alteração da consciência
- ☐ Outros órgãos, especificar:

71 **Data de início dos sinais de gravidade:**

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Paciente viajou nos últimos 15 dias? ☐ Não ☐ Sim Onde esteve?

Em quais datas?

Endereço Escolar/Trabalho/Lazer:

Foi picado por mosquito? ☐ Não ☐ Sim Em qual localidade?

Em quais datas:

Contato com alguém suspeito ou confirmado de dengue recente: ☐ Não ☐ Sim Quem?

Onde? Quando?

Exames Complementares: **HEMOGRAMA**

Data da Coleta	Leucócitos mm³	Hematócrito	Plaquetas

Investigador

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

Nome Função Assinatura