

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.
Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença COQUELUCHE		Código (CID10) A 37.9	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 a 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 Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado				
	35 Nome do Contato				
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado				38 Data da Última Dose
Dados Clínicos	39 Data do Início da Tosse				
	40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____				
	41 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____				

Atendimento	42	Ocorreu Hospitalização	<input type="checkbox"/>	43	Data da Internação	44	UF	45	Município do Hospital	Código (IBGE)							
	46	Nome do Hospital							Código								
Tratamento	47	Utilizou Antibiótico	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	48	Data de Adm. do Antibiótico									
	49	Coleta de Material da Nasofaringe	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	50	Data da Coleta de Material	51	Resultado da Cultura							
Dados Lab.									1-Positiva	2-Negativa	3-Não Realizada	9-Ignorado					
Medidas de Controle	52	Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos?	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	53	Se Sim, Quantos?			54	Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes					
												0 - Nenhum	1 - Um	2 - Dois ou mais	9 - Ignorado		
	55	Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes?	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	56	Se Sim, Em Quantos?			57	Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo?					
												58	Medidas de prevenção/controle	1 - bloqueio vacinal	2 - Quimioprofilaxia	3 - Ambos	4 - Não
Conclusão	59	Classificação Final	<input type="checkbox"/>	1 - Confirmado	2 - Descartado	60	Critério de Confirmação/Descarte			1 - Laboratorial	2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico					
	61	Doença Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	62	Evolução			1 - Cura	2 - Óbito por coqueluche	3 - Óbito por outras causas	9 - Ignorado			
	63	Data do Óbito			64	Data do Encerramento											

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Coqueluche	Sinan NET	SVS	09/06//2006