

**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		Código (CID10)	3	Data da Notificação							
	<b>Febre Maculosa / Rickettsioses</b>		A 77.9										
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)								
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7		Data dos Primeiros Sintomas						
	8	Nome do Paciente			9			Data de Nascimento					
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor					
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		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								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	30			País (se residente fora do Brasil)			
		1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado											

**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:	_____					

**Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)**

Epidemiologia	34	Teve contato com animais?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																	
	<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		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		37	Data da Internação		38	Data da Alta		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

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

---

**Isolamento**

44 Data da Coleta  45 Resultado do isolamento  46 Agente

1-Detectado 2-Não Detectado 3 - Não realizado

---

**Histopatologia** **Imunohistoquímica**

47 Resultado  48 Resultado

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

**Conclusão**

49 Classificação Final  50 Critério de Confirmação/Descarte  51 Se descartado, Especificar diagnóstico

1- Confirmado 2- Descartado

1 - Laboratório  
2 - Clínico-Epidemiológico  
3 - Clínico

---

**LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO**

52 O caso é autóctone do município de residência?  53 UF  54 País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

---

55 Município  Código (IBGE)  56 Distrito  57 Bairro

---

**CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO**

58 Zona  59 Ambiente

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

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

---

60 Doença Relacionada ao Trabalho  61 Evolução

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

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  Função  Assinatura

Febre Maculosa Sinan NET SVS 19/09/2006