

Definição de caso: São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

*Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente do trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 Individual		
	2 Agravado(a)	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Data do Acidente
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Hospital São José das Palmeiras		7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente	Julimar Alves de Souza Faustino		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	Silvane Alves de Souza Faustino		
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)	
	31 Ocupação	32 Situação no Mercado de Trabalho		
Antecedentes Epidemiológicos	33 Tempo de Trabalho na Ocupação			34 Local Onde Ocorreu o Acidente
	35 Registro CNPJ ou CPF			36 Nome da Empresa ou Empregador
	37 Atividade Econômica (CNAE)			38 UF
	39 Município			Código (IBGE)
	40 Distrito			41 Bairro
	42 Endereço			43 (DDD) Telefone
	44 Ponto de Referência			45 (DDD) Telefone
	46 O Empregador é Empresa Terceirizada			47 (DDD) Telefone
	48 O Empregador é Empresa Terceirizada			49 (DDD) Telefone
	49 O Empregador é Empresa Terceirizada			50 (DDD) Telefone

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação	Operador de Máquinas		
32 Situação no Mercado de Trabalho	01		
01 - Empregado registrado com carteira assinada	05 - Servidor público celetista	09 - Cooperativado	99 - Ignorado
02 - Empregado não registrado	06 - Aposentado	10 - Trabalhador avulso	
03 - Autônomo/ conta própria	07 - Desempregado	11 - Empregador	
04 - Servidor público estatutário	08 - Trabalho temporário	12 - Outros	
33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente		
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado		
2 - Via pública		4 - Domicílio próprio	
Dados da Empresa Contratante			
35 Registro CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador		
	Empresa Lar Frigorífico		
37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município	Código (IBGE)
		Marechal Cândido Rondon	
40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço	
43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone	
46 O Empregador é Empresa Terceirizada			
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			

Antecedentes Epidemiológicos	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10	
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento	
	61 Município do Atendimento	Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08- Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão CID 10	
	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado			
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3 - Incapacidade parcial 4 - Incapacidade total permanente 5 - Óbito por acidente de trabalho grave 6 - Óbito por outras causas 7 - Outro 9 - Ignorado			
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Contato com amônia em olho direito encaminhado para o oftalmologista

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde <i>Hospital São José das Palmeiras</i>		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Francisca A. Rodrigues</i>	Função <i>Téc. Enfermagem</i>	Assinatura <i>[Assinatura]</i>
	Acidente de Trabalho Grave		SVS 27/09/2005

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748070

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	
	3 Data da Notificação	3 10 05 2013	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 CEP
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
Dados de Residência	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta
	38 Resultado	39 Resultado	
	40 Resultado	41 Resultado	
Dados laboratoriais	42 Resultado	43 Resultado	
	44 Resultado	45 Resultado	
	46 Resultado	47 Resultado	
	48 Resultado	49 Resultado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 agravamento 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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
		<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Orientado a coletar o 11/06/23

* nos sintomas relata dor de garganta

* pai do município foi para Ponta Pretinha

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	João José dos Palmeiras	
	Conceição Cardoso	Enfermeira

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.316.250

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10)
			A 90 A 92	3 Data da Notificação
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	São José dos Palmeiros			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Centro de Saúde			2166512023	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	Marta Gomes	2010111999		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
2-4	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Mãe gestacional ignorada 5-Viço 6- Não se aplica 9- Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
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	16 Nome da mãe			
	Mário P. Buzatti Gomes			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	São José dos Palmeiros			
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
630	Luiz Alves Cabral			
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
630				
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
69918117312817	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	12/05/2013	
Dados clínicos	33 Sinais clínicos	1-Sim 2-Não
	<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleia <input checked="" type="checkbox"/> Vômito <input checked="" type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input checked="" type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input checked="" type="checkbox"/> Dor retroorbital	
	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2-Não
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica		
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya	Exame PRNT
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
Sorologia (IgM) Dengue	Exame NS1	38 Resultado
39 Data da Coleta	40 Resultado	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado
43 Isolamento	44 Resultado	42 Resultado
Data da Coleta	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado
45 RT-PCR	46 Resultado	
Data da Coleta	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado
47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica
1- DENV 1 2- DENV 2	1- Compensado 2- Incompensado	1- Positivo 2- Negativo

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:			
Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa			
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC		
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____			
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Faculdade em Toledo

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayana Rapper</i>	Assinatura <i>Dayana Rapper</i>
	Função <i>Enfermeira</i>	Assinatura <i>Enfermeira</i>
		Assinatura <i>Enfermeira</i>

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7 316.760

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		4 Código (CID10) A90 A92
	3 Data da Notificação	19/05/2023		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	16/05/2023
	8 Nome do Paciente	Ana Paula Campos		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	Margarete Campos		
	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
Dados clínicos e laboratoriais	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona
	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Sinais clínicos
	34 Doenças pré-existentes	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT	37 Resultado
	38 Sorologia (IgM) Dengue	39 Exame NS1	40 Resultado	41 Data da Coleta
Dados laboratoriais	42 Resultado	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica
	50 Resultado	51 Resultado	52 Resultado	53 Resultado
	54 Resultado	55 Resultado	56 Resultado	57 Resultado

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existentes
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
	37 Resultado	38 Sorologia (IgM) Dengue
Dados laboratoriais	39 Exame NS1	40 Resultado
	41 Data da Coleta	42 Resultado
	43 Isolamento	44 Resultado
	45 RT-PCR	46 Resultado
Dados laboratoriais	47 Sorotipo	48 Histopatologia
	49 Imunohistoquímica	50 Resultado
	51 Resultado	52 Resultado
	53 Resultado	54 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 agravamento 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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Extravasamento grave de plasma:			
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	Sangramento grave:		
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		Comprometimento grave de órgãos:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Não saiu do Município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayme R. Dapper</i>	Função <i>Raf</i>

SVS 14/03/2016

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.716.748

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 início 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 Agravado/doença	1-DENGUE 2-CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	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
Dados de Residência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	1-Sim 2-Não	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2-Não
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Data da Coleta	42 Resultado
Dados laboratoriais	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR	46 Resultado
	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica	
	50 Sorotipo	51 Resultado	52 Resultado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	Sangramento grave:		
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

em estudo do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayana R. Dapper</i>	Função <i>Enf</i>

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A 90 A 92
	3 Data da Notificação	3 13 05 20 23		
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	Pão de Açúcar das Palmeiras			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	Paulo Sergio Soares		06 11 23 9 8 3	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Notificação Individual	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	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	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	Pão de Açúcar das Palmeiras			
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	515	Casa		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	4 5 9 8 8 0 0 1 6 9 4 0	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	3 13 05 20 23	Recebedor Grama
	33 Sinais clínicos	1-Sim 2- Não
Dados clínicos	<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleia <input checked="" type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva	<input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital
	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2- Não
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes	<input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya	Exame PRNT
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
	37 Data da Coleta	38 Resultado
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Dengue	Exame NS1
	39 Data da Coleta	40 Resultado
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	41 Data da Coleta
Dados laboratoriais	42 Resultado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado
	43 Isolamento	44 Resultado
	45 RT-PCR	46 Resultado
Dados laboratoriais	47 Data da Coleta	48 Resultado
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>	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 agravamento 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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Hospital São José - São José das Palmeiras Nome: <i>[assinatura]</i> Função: <i>Tec. Enfermeiro</i>	Assinatura: <i>[assinatura]</i>

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7716.794

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 início 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 Agravado/doença	1-DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10) A 90 A 92
	4 UF	5 Município de Notificação	7 Data da Notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	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)	31 Data da Investigação	32 Ocupação

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	1-Sim 2-Não
	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2-Não
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
Dados laboratoriais	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
	39 Isolamento	40 RT-PCR
	41 Sorotipo	42 Histopatologia

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Foi o passeio em Cascavel no dia 13/05/23

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Danyane R. Dapper	Função Enfermeira

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 início 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	Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	1	
		Código (CID10)		A 90 A 92		
Dados Gerais	3	Data da Notificação		1	4/05/2023	
	4	UF	5	Município de Notificação	PR	São José das Palmeiras
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Hospital São José	
Notificação Individual	7	Data dos Primeiros Sintomas		1	2/05/2023	
	8	Nome do Paciente			Jaiza Jorge Salino	
	9	Data de Nascimento		2	24/08/2002	
Notificação Individual	10	(ou) Idade		4	2101	
	11	Sexo		F	Feminino	
	12	Gestante		5	Não	
Notificação Individual	13	Raça/Cor		1	Branca	
	14	Escolaridade			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-E 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	
	19	Código (IBGE)		20	Bairro	
	21	Logradouro (rua, avenida, ...)		22	Número	
Dados de Residência	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP		28	(DDD) Telefone	
Dados de Residência	29	Zona		30	País (se residente fora do Brasil)	
	31	Data da Investigação		32	Ocupação	
	33	Sinais clínicos		34	Doenças pré-existentes	

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33	Sinais clínicos		1-Sim 2- Não	
	34	Doenças pré-existentes		1-Sim 2- Não	
	35	Sorologia (IgM) Chikungunya		36	Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
Dados clínicos	37	Exame PRNT		38	Resultado
	39	Sorologia (IgM) Dengue		40	Resultado
	41	Exame NS1		42	Resultado
Dados laboratoriais	43	Isolamento		44	Resultado
	45	RT-PCR		46	Resultado
	47	Histopatologia		48	Imunohistoquímica

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Relato que no sexto dia 12/05 começou sentir dor na costela, coceira, tontura, hoje dia 14/05 veio consulta Dr pediu exame, prescrever medicação para controle da melhora do quadro.

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.423.761

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	
	4 UF	5 Município de Notificação	3 Data da Notificação
	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	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	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 clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	
	34 Doenças pré-existent	
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
Dados laboratoriais	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Exame PRNT
	38 Resultado	39 Sorologia (IgM) Dengue
	40 Resultado	41 Exame NS1
	42 Resultado	43 Isolamento
	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo
	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarma 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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 Alarma e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarma e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarma 1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarma:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:			
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Trabalho em outros municípios

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 76 98 257

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID-10)	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	Código		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	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
Dados clínicos e laboratoriais	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)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT	37 Resultado	38 Sorologia (IgM) Dengue
	39 Exame NS1	40 Resultado	41 RT-PCR	42 Resultado
Dados laboratoriais	43 Isolamento	44 Resultado	45 Histopatologia	46 Imunohistoquímica
	47 Sorotipo	48 Resultado	49 Resultado	50 Resultado
	51 Sorotipo	52 Resultado	53 Resultado	54 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
		<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave do plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Paciente admitida na UPA- Toledo, sintomática para dengue. Realizada mpm, prova do laço, notificado a ocorrência de acompanhamento dengue.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Toledo - UPA Dr. José Ivo Alves da Rocha	7 7 37 8 6 6
Nome	Função	Assinatura
Franciele de Almeida	Tec. Informática	[Assinatura]

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748.066

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 início 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 Agravado/doença	(1) DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	Código (CID10) A 90 A 92
	3 Data da Notificação	3/10/2023	
Dados Gerais	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	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência
Dados de Residência	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT	37 Resultado
Dados laboratoriais	38 Sorologia (IgM) Dengue	39 Exame NS1	40 Resultado
	41 Isolamento	42 RT-PCR	43 Resultado
	44 Sorotipo	45 Histopatologia	46 Imunohistoquímica

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia $\geq 2\text{cm}$	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
Dengue grave 1-Sim 2- Não	Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
	<input type="checkbox"/> PA convergente $\leq 20\text{ mmHg}$	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	Comprometimento grave de órgãos:	
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:				
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Estive como acompanhante de paciente na UPA de Toledo na semana passada

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Paulo José das Palmeiras	
	Função	
	Enfermeira	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748065

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 início 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 Agravado/doença	1-DENGUE 2-CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10)
			A 90 A 92	4 Data da Notificação
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	PR	J. José das Palmeiras		
	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	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
Dados de Residência	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 clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não	
	<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleia <input checked="" type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input checked="" type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input checked="" type="checkbox"/> Dor retroorbital	
Dados clínicos	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não	
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica	
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
Dados laboratoriais	36 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	37 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
	38 Resultado	39 Exame PRNT
	40 Resultado	41 Exame NS1
Dados laboratoriais	42 Resultado	43 Resultado
	44 Resultado	45 Resultado
	46 Resultado	47 Resultado
Dados laboratoriais	48 Resultado	49 Resultado
	50 Resultado	51 Resultado
	52 Resultado	53 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
Grave	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Não saiu do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayno R. Papper</i>	Assinatura <i>[Assinatura]</i>

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748053

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	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
Dados de Residência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	1-Sim 2-Não		
	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2-Não		
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado
Dados laboratoriais	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Exame NS1	42 Resultado
	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR	46 Resultado
	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
		<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:			
Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa		
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

→ trabalho em talude

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	14/03/2016	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7716.764

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 início 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 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
	9 (ou) Idade	10 Sexo	11 Gestante	12 Raça/Cor
	13 Escolaridade	14 Número do Cartão SUS	15 Nome da mãe	16 UF
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
Dados clínicos e laboratoriais	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1	39 Isolamento	40 RT-PCR
Dados laboratoriais	41 Sorotipo	42 Histopatologia	43 Imunohistoquímica	44 Resultado
	45 Sorotipo	46 Histopatologia	47 Imunohistoquímica	48 Resultado
	49 Sorotipo	50 Histopatologia	51 Imunohistoquímica	52 Resultado

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
Dados laboratoriais	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
	39 Isolamento	40 RT-PCR
	41 Sorotipo	42 Histopatologia
Dados laboratoriais	43 Imunohistoquímica	44 Resultado
	45 Sorotipo	46 Histopatologia
	47 Imunohistoquímica	48 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Não saiu do município

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