

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748069

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	05/06/2023	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	PE Rio de Janeiro - São João de Onofre		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Centro de Saúde			05/06/2023
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	Luiz Alves Amorim	22/10/1992	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
41	M - Masculino	6	
14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
0 - Analfabeto	7103110981129112000		Onorinda Maria da Silva
17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
PE			
Dados de Residência	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
31 Data da Investigação		32 Ocupação	
05/06/2023		Agricultor	

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
43 Sorotipo	44 Histopatologia	45 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 <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 checked="" 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	19/06/2023	

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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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

Orientado a realizar coleta 09/06/23

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Lorena Jose dos Palmeiras	Assinatura B. Cardoso
	Função Enfermeira	

SIS-REN-403/2016

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.748067

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, cefaleia, 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)
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Data da Notificação	7 Código (IBGE)
Notificação Individual	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		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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)	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 Exame PRNT

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 Exame PRNT	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Exame NS1	42 Resultado
Dados laboratoriais	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 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 <input type="checkbox"/> 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 \geq 2cm	
	<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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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 \leq 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

Quentada a coletar o exame na Santa-Fé

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Dayana Dapper	[Assinatura]
	Função	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 7748.078

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	05/10/2013		
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	Antônio matheus Pletsch		9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	1- Analfabeto 2- 1ª a 4ª série incompleta 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	
Dados de Residência	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	Exame PRNT	
Dados clínicos	36 Sorologia (IgM) Dengue	Exame NS1	
	37 Isolamento	RT-PCR	
	38 Sorotipo	Histopatologia	
Dados laboratoriais	39 Resultado	Imunohistoquímica	
	40 Resultado		
	41 Resultado		

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	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
70 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 ≤ 20 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

Apasseio Entre Rios

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Dayana Papper	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 7748.074

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/ença	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
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	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	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data de 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 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	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2	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 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	11/06/2013	

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 $\geq 2\text{cm}$	
	<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			
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 $\leq 20\text{ mmHg}$	<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 coleta dia 09/06/23

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

Município/Unidade de Saúde: **São José das Palmeiras**
 Nome: **Constance B. Cardoso** Função: **Enfermeira**
 Assinatura: **Constance B. Cardoso**
 Cód. da Unid. de Saúde: **SVS 1403/2016**

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.748.071

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
	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	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	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	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Sorotipo	44 Histopatologia
	45 Imunohistoquímica	46 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 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 <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 15/06/2023		

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 no lar em Marichal

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

COREN/PB 772666

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748068

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 (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	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	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)	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 Exame PRNT
	38 Resultado	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Exame NS1
Dados laboratoriais	42 Resultado	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica
	50 Resultado	51 Sorotipo	52 Histopatologia	53 Imunohistoquímica
	54 Resultado	55 Sorotipo	56 Histopatologia	57 Imunohistoquímica

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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 Exame PRNT	38 Resultado	39 Data da Coleta
	40 Resultado	41 Exame NS1	42 Resultado
Dados laboratoriais	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo	48 Histopatologia
	49 Imunohistoquímica	50 Resultado	51 Sorotipo
	52 Histopatologia	53 Imunohistoquímica	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	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 15/06/2023		

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 $\geq 2\text{cm}$	
	<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	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"/> Sangramento do SNC	
	<input type="checkbox"/> PA convergente $\leq 20\text{ mmHg}$	<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 realizar coleta dia 09/06/23

* 166 reagente

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

Assinatura: B. Cardoso
Enfermeira
SVS SOREN PR 223118
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 7748072

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)
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	3 Data da Notificação
Notificação Individual	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	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	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Sorotipo	44 Histopatologia
	45 Imunohistoquímica	46 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"/>	<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 Marchal

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dapper</i>	Função <i>Enf</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 7748.064

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)	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
Notificação Individual	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	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
Dados de Residência	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	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 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	

84A

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		

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

Conclusão	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	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input checked="" type="checkbox"/>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input checked="" type="checkbox"/>
65 Evolução do Caso <input checked="" 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 15/06/2013	

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

ultra programada p/ 03/06/23

visão para fútila dia 16/05

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

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 7748.063

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/enferma	1 DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	
	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	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	Código (IBGE)
	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	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Sorotipo	44 Histopatologia
	45 Imunohistoquímica	46 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <u>2</u>	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 <u>1</u>	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 <u>10</u>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <u>1</u>	64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <u>1</u>		
	65 Evolução do Caso <u>1</u> 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	15/06/2013	

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	<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 realizar coleta em 30/05/23

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	João 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 7748 061

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)	6 Código (IBGE)
	7 Data dos Primeiros Sintomas	2/5/05/2023		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	Fernanda de Katima Rigo		
	9 Data de Nascimento	2/3/02/1993		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	6		
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	22 Geo campo 1
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 2	25 Ponto de Referência	26 CEP
Dados de Residência	27 (DDD) Telefone	28 Zona	29 País (se residente fora do Brasil)	30
	29	30	31	32

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 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Histopatologia	44 Imunohistoquímica
	45 Sorotipo	46 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <u>2</u>	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 <u>2</u>	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 <u>10</u>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <u>1</u>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
	65 Evolução do Caso <u>1</u> 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 <u>15/06/2013</u>		

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 hipotímia	<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			
	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 $\leq 20\text{ mmHg}$	<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

Exame físico realizado dia 31/05

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <u>Isabelia B. Cardoso</u>	Assinatura <u>Isabelia B. Cardoso</u>
	Função <u>Enfermeira</u>	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7716.753

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/ença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	8 Data de Nascimento	9 Raça/Cor
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	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)	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 Exame PRNT
	38 Resultado	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Exame NS1
Dados clínicos	42 Resultado	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica
	50 Resultado	51 Sorotipo	52 Histopatologia	53 Imunohistoquímica
	54 Resultado	55 Sorotipo	56 Histopatologia	57 Imunohistoquímica

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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 Exame PRNT	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Exame NS1	42 Resultado
	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR	46 Resultado
Dados laboratoriais	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica	50 Resultado
	51 Sorotipo	52 Histopatologia	53 Imunohistoquímica	54 Resultado
	55 Sorotipo	56 Histopatologia	57 Imunohistoquímica	58 Resultado
	59 Sorotipo	60 Histopatologia	61 Imunohistoquímica	62 Resultado

Nº 2

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>		
59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito
		61 Bairro
62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte	64 Apresentação clínica
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação	<input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento
1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado		15/06/2023

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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<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 checked="" 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, Atenda no escola Municipal

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Dayana R. Dapper	Enfermeira	Dayana Rodrigues Dapper
			COREN/PR 772665
			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 7748.052

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
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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
Dados de Residência	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	
Dados de Residência	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

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2-Não	
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2-Não	
Dados clínicos	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
	36 Exame PRNT	
	37 Resultado	
Dados clínicos	38 Sorologia (IgM) Dengue	
	39 Exame NS1	
	40 Resultado	
Dados laboratoriais	41 Isolamento	
	42 RT-PCR	
	43 Resultado	
Dados laboratoriais	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 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

Não sair do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	SVS 11/03/2016

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7716.765

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	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
	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	

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	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input checked="" 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	15/06/2013	

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

Estuda ~~Estudo~~ Municipal de São José.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayano</i>	Função <i>ref</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 7748.058

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, cefaleia, 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	6 Código (CID10)	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	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		
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	20 Bairro
Dados de Residência	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
	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 Data da Coleta	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	

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	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação	64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input checked="" 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 15/06/2012		

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 hipotímia	<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

- Telede, Marechal

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Deyano	Assinatura [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 7748054

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	2/2/05/20/23	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas	2/1/05/20/23		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	0/4/03/20/11	
	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	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
	33	Sinais clínicos 1-Sim 2-Não		
	34	Doenças pré-existent 1-Sim 2-Não		
	35	Sorologia (IgM) Chikungunya		
Dados clínicos	36	Exame PRNT		
	37	Exame NS1		
	38	Resultado		
	39	Sorologia (IgM) Dengue		
Dados laboratoriais	40	Resultado		
	41	RT-PCR		
	42	Resultado		
	43	Isolamento		
	44	Resultado		
	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 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 <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input checked="" 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 15/05/2023		

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			
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 ≤ 20 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

Estuda Caligie Estadual

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayana</i>	Função <i>RM</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 7748.059

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	25/05/2023		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	23/05/2023
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		07/08/2001
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados de Residência	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 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 Data da Coleta	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 Data da Coleta	51 Resultado	52 Data da Coleta	53 Resultado
	54 Data da Coleta	55 Resultado	56 Data da Coleta	57 Resultado
	58 Data da Coleta	59 Resultado	60 Data da Coleta	61 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 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 <input type="checkbox"/> 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 $\geq 2\text{cm}$	
	<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			
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 $\leq 20\text{ mmHg}$	<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

Marechal, trabalha

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

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/enferma	1 DENGUE 2 CHIKUNGUNYA	Código (CID10) A 90 A 92
	3 Data da Notificação	19/05/2023	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	PA		PAO JARI DAS PALMEIRAS
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Centro de Saúde PAO JARI			13/05/2023
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	Maria Jucite Dapper	24/10/1944	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
78	F - Feminina	1 Não	
14 Escolaridade	13 Raça/Cor		
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	1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 - Ignorado		
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
7068021237413231211	Arlene L. Amaral		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	PA	PAO JARI DAS PALMEIRAS	
	19 Distrito	20 Bairro	
	Centro		
21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número		
marçal Costa e Silva	651		
23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		
27 CEP	28 (DDD) Telefone		
851898-000	9991194894		
29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
1 Urbana 2 Rural 3 Periurbana 9 Ignorado	1		

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	19/05/2023	Representante
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2-Não	
Dados clínicos	1 Febre 2 Cefaleia 3 Vômito 4 Dor nas costas 5 Artrite 6 Petéquias 7 Prova do laço positiva	8 Mialgia 9 Exantema 10 Náuseas 11 Conjuntivite 12 Artralgia intensa 13 Leucopenia 14 Dor retroorbital
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2-Não	
	1 Diabetes 2 Hepatopatias 3 Hipertensão arterial 4 Doenças auto-imunes	
Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
	36 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	37 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
	38 Resultado	39 Exame PRNT
1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		40 Resultado
41 Sorologia (IgM) Dengue		42 Exame NS1
43 Data da Coleta		44 Resultado
22/05/2023		1 Positivo 2 Negativo 3 Inconclusivo 4 Não realizado
45 Isolamento		46 RT-PCR
47 Data da Coleta		48 Resultado
1 Positivo 2 Negativo 3 Inconclusivo 4 Não Realizado		49 Imunohistoquímica
50 Sorotipo		51 Resultado
1 DENV 1 2 DENV 2		1 Positivo 2 Negativo 3 Inconclusivo 4 Não Realizado
52 Histopatologia		53 Imunohistoquímica
1 Compatível 2 Incompatível		1 Positivo 2 Negativo

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 <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 checked="" 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 15/06/2013		

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			
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 $\leq 20\text{ mmHg}$	<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

folha agendada p/ 22/05

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	<p>Nome: São José das Palmeiras</p> <p>Assinatura: Roderleia Cardoso</p> <p>Função: enfermeira</p>	<p>Assinatura: Roderleia B. Cardoso</p> <p>Interprete: Roderleia B. Cardoso</p> <p>SVS 14/03/2016</p>

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

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		3 Data da Notificação	22/05/2013
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10)	A90 A92
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	18/05/2013
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	Cristiano Ferreira Medeiros		9 Data de Nascimento	25/11/1988
	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 Bairro	20 Logradouro (rua, avenida,...)	21 Geo campo 1	22 Geo campo 2	23 CEP
	24 (DDD) Telefone	25 Zona	26 País (se residente fora do Brasil)	27	28
	Dados clínicos e laboratoriais				
	29 Data da Investigação	30 Ocupação	31 Sinais clínicos		
Dados clínicos	32 Febre	33 Cefaleia	34 Vômito	35 Dor nas costas	36 Artrite
	37 Mialgia	38 Exantema	39 Náuseas	40 Conjuntivite	41 Artralgia intensa
	42 Doenças pré-existent	43 Diabetes	44 Hepatopatias	45 Doença renal crônica	46 Hipertensão arterial
	47 Doenças hematológicas	48 Doença auto-imunes	49 Doença ácido-péptica	50 Doenças auto-imunes	51 Doenças auto-imunes
Dados laboratoriais	52 Sorologia (IgM) Chikungunya	53 Exame PRNT	54 Resultado	55 S1	56 S2
	57 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	58 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	59 Data da Coleta	60 1 - Reagente	61 2 - Não Reagente
	62 Sorologia (IgM) Dengue	63 Exame NS1	64 Resultado	65 1 - Positivo	66 2 - Negativo
	67 Data da Coleta	68 RT-PCR	69 Resultado	70 1 - Positivo	71 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 <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"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC		
	Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	Comprometimento grave de órgãos: <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

Não saiu do município -

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA			A 90 A 92	24/05/2023
	4 UF	5 Município de Notificação	Toledo		Código (IBGE)	
	P R					
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
	UPA - Dr. José Ivo Alves da Rocha	7737866	18/05/2023			
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento				
	Evandro Ferreira Medeiros	25/10/1988				
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	34	M		9		
	14 Escolaridade	16 Nome da mãe				
		Leonica Costa dos Santos Medeiros				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	P R	São José dos Palmeiras				
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 CEP			
	Centro	Presidente Bernardes				
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2		
	377					
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone			
			95988339163			
Dados de Residência	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação			
	3 - Periurbana 9 - Ignorado	Brazil	24/05/2023			
	32 Ocupação	33 Sinais clínicos				
		1-Sim 2-Não				

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	1-Sim 2-Não		34 Doenças pré-existent	1-Sim 2-Não	
	Febre 2 Cefaleia 2 Vômito 2 Dor nas costas 2 Artrite 2 Petéquias 2 Prova do laço positiva 2 Dor retroorbital			Diabetes 2 Hepatopatias 2 Hipertensão arterial 2 Doenças auto-imunes		
	Mialgia 2 Exantema 2 Náuseas 2 Conjuntivite 2 Artralgia intensa 2 Leucopenia			Doenças hematológicas 2 Doença renal crônica 2 Doença ácido-péptica		
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya		Exame PRNT		38 Resultado	
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	S1 S2 PRNT		
				1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Dengue		Exame NS1		42 Resultado	
	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Data da Coleta	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		
		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado				
Dados laboratoriais	43 Isolamento		44 Resultado		45 RT-PCR	
	43 Data da Coleta	44 Resultado	45 Data da Coleta	46 Resultado		
		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
Dados laboratoriais	47 Sorotipo		48 Histopatologia		49 Imunohistoquímica	
	47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica	1 - Positivo 2 - Negativo		

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

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Paciente proveniente de São José dos Palmeiros, encaminhado pela UBS, por suspeita de dengue. Refere mal-estar de início há 6 dias, associada a cefaleia, febre, artralgia, manchas pelo corpo, hipotermia, tosse secretiva com sangue, epistaxe, náuseas, vômitos com sangue, dor abdominal, fezes escurecidas, astenia, fraqueza, tontura.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	7 7 37 8 6 6	
Nome	Função	Assinatura
Tracy Wong	Enfermeiro	Tracy Wong
		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 7.748.060

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/enferma	1-DENGUE 2-CHIKUNGUNYA	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (CID10)
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	8 Código	9 Data dos Primeiros Sintomas
	10 Nome do Paciente	11 Data de Nascimento	12 Raça/Cor
	13 (ou) Idade	14 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	15 Gestante
Dados de Residência	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe
	19 UF	20 Município de Residência	21 Código (IBGE)
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida, ...)	24 Distrito
Dados laboratoriais	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1
	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP
	31 (DDD) Telefone	32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	34 Data da Investigação	35 Ocupação
	36 Sinais clínicos	37 Doenças pré-existent
	38 Sorologia (IgM) Chikungunya	39 Exame PRNT
Dados laboratoriais	40 Sorologia (IgM) Dengue	41 Exame NS1
	42 Isolamento	43 RT-PCR
	44 Sorotipo	45 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	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 15/06/2013		

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:		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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Feito agenda p/

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unit. de Saúde
	Nome <i>Carla Maria</i>	Função <i>Enfermeira</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 2.748.056

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	24/05/2023	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	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,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto, casa, ...)	24 Geo campo 1
Dados de Residência	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	Exame PRNT	
	36 Sorologia (IgM) Dengue	Exame NS1	
Dados laboratoriais	37 Data da Coleta	38 Resultado	
	39 Data da Coleta	40 Resultado	
	41 Data da Coleta	42 Resultado	
	43 Isolamento	44 Resultado	
Dados laboratoriais	45 RT-PCR	46 Resultado	
	47 Sorotipo	48 Histopatologia	
	49 Imunohistoquímica	50 Resultado	
	51 Sorotipo	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	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 agravado 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:		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 ≤ 20 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

Reside em São José e trabalha em Toledo na oficina do gás.
Sóleta orientada para os 29/05.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome João 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 2748.055

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
				24/05/2013
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	18	20		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	21	22		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado	1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		18 Município de Residência
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código (IBGE)	19 Distrito
	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		
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent		
	1-Sim 2-Não	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	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input checked="" 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 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	
Dados laboratoriais	38 Resultado		39 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	40 Resultado		41 Resultado	
Dados laboratoriais	42 Resultado		43 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	44 Resultado		45 Resultado	
Dados laboratoriais	46 Resultado		47 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	48 Resultado		49 Resultado	
Dados laboratoriais	50 Resultado		51 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	52 Resultado		53 Resultado	
Dados laboratoriais	54 Resultado		55 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>	
	1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	56 Resultado		57 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	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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

Foi a passeira para talado na casa do filho do 13/05

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Dayana R. Laper	Função Enf
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 7.716.758

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

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

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 <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	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação		64 Apresentação clínica 1- Aguda 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"/> 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			
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 $\leq 20\text{ mmHg}$	<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

Início das pintas dia 13/05 febre p/19/05.

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 7.423.760

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		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	7 UF	8 Município de Notificação	Código (IBGE)	9 Data de Nascimento
	10 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	11 Data dos Primeiros Sintomas	12 Nome do Paciente
	13 (ou) Idade	14 Sexo	15 Gestante	16 Raça/Cor
	17 Escolaridade	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe	20 UF
	21 Dados de Residência	22 Município de Residência	23 Código (IBGE)	24 Distrito
Dados de Residência	25 Bairro	26 Logradouro (rua, avenida,...)	27 Código	28 Número
	29 Complemento (apto., casa, ...)	30 Geo campo 1	31 Geo campo 2	32 Ponto de Referência
	33 CEP	34 (DDD) Telefone	35 Zona	36 País (se residente fora do Brasil)
	37 1 - Urbana 2 - Rural	38 3 - Periurbana 9 - Ignorado	39 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela	40 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	41 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	42 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	43 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	44 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

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
	43 Imunohistoquímica	44 Resultado
	45 Resultado	46 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"/>	<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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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

Estuda em Toledo

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 7216742

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 (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	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	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	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	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	1-Sim 2- Não	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2- Não
	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 <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 <input type="checkbox"/> 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

Moro em Marechal e São José

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748062

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		3 Data da Notificação	2/6/05/2023
	2 Agravado/doença	1-DENGUE 2-CHIKUNGUNYA		Código (CID10)	A90 A92
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	2/2/05/2023
	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	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 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	

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 checked="" type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input checked="" type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso <input checked="" 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 15/05/2023		

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 hipotímia	<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 <input type="checkbox"/>	Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC			
Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		Comprometimento grave de órgãos: <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

folta realizada em 26/05/23.
Trabalha nas granjas e não saiu do município nos últimos 15 dias.

Investigador	Município/Unidade de Saúde 	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Landerleia Cardoso	Função Enfermeira
Assinatura Landerleia B. Cardoso		COREN-PR 223118 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 7.716.756

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)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	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		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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)				

Dados clínicos e laboratoriais

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

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 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 ☐ Vômitos persistentes ☐ Aumento progressivo do hematócrito ☐ Hepatomegalia ≥ 2 cm 69 Data de início dos sinais de alarme: ☐ Hipotensão postural e/ou lipotímia ☐ Dor abdominal intensa e contínua ☐ Acúmulo de líquidos ☐ Queda abrupta de plaquetas ☐ Letargia ou irritabilidade ☐ Sangramento de mucosa/outras hemorragias 70 Dengue grave 1-Sim 2- Não Extravasamento grave de plasma: ☐ Pulso débil ou indetectável ☐ Taquicardia ☐ PA convergente ≤ 20 mmHg ☐ Extremidades frias ☐ Tempo de enchimento capilar ☐ Hipotensão arterial em fase tardia ☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória Sangramento grave: ☐ Hematêmese ☐ Metrorragia volumosa ☐ Melena ☐ 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

Trabalho no Lar em Marechal, foi para Santa Helena a passeio

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Cód. da Unid. de Saúde

Assinatura Dayana Rodrigues Dapper Enfermeira 772685

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7216.252

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	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	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	Código (IBGE)
	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 1-Sim 2- Não	
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não	
	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 Data da Coleta
	40 Resultado	41 Data da Coleta
	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 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 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	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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

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>

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7748.052

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
	4	UF	5	Município de Notificação	6
	7	Data da Notificação		23/05/2023	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12
	13	Raça/Cor		14	
	15	Número do Cartão SUS		16	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	19
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida, ...)	22
	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	25
	26	Ponto de Referência	27	CEP	28
Dados de Residência	29	Zona	30	País (se residente fora do Brasil)	31
	32	Ocupação	33	Sinais clínicos	34
	35	Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36	Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37
	38	Resultado	39	Data da Coleta	40
Dados laboratoriais	41	Data da Coleta	42	Resultado	43
	44	Resultado	45	RT-PCR	46
	47	Sorotipo	48	Histopatologia	49
	50	Imunohistoquímica	51	Resultado	52

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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 laboratoriais	39	Data da Coleta	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 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	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	15/06/2023	

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

Não sou do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Rayano R Dapper	Função Enf
	Assinatura	

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 3 0 5 2 0 2 3	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	São José das Palmeiras		1
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	Rafael Omar Beichter	
	9 Data de Nascimento	1 4 0 8 2 0 0 3	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
Notificação Individual	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	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-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E 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)
	São José das Palmeiras		19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
Dados de Residência	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 de Residência	45 9 8 8 3 7 4 9 4 9		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	3 3 0 5 2 0 2 3	Prestitista
	33 Sinais clínicos	1-Sim 2- Não
Dados clínicos	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2- Não
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 Data da Coleta	42 Resultado
	43 Resultado	44 Resultado
Dados laboratoriais	45 RT-PCR	46 Resultado
	47 Data da Coleta	48 Resultado
	49 Resultado	50 Resultado

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 <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 checked="" type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input checked="" type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input checked="" type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento 15/06/2023		

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:		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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Paciente relata que não saiu do município nos últimos dias.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	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 7748.077

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	<input type="checkbox"/>
	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	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	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	Código (IBGE)
	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

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não	
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não	
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
Dados clínicos	36 Sorologia (IgM) Dengue	
	37 Exame PRNT	
	38 Resultado	
	39 Exame NS1	
Dados laboratoriais	40 Resultado	
	41 Exame RT-PCR	
	42 Resultado	
	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 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	14/06/2013	

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

Trabalho em Luz Marina

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unit. de Saúde
	Nome	Assinatura
	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 7748.076

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 notificador)	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 Exame PRNT	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	

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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)
Dados laboratoriais	37 Exame PRNT	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado
	41 Exame NS1	42 Resultado
Dados laboratoriais	43 Isolamento	44 Resultado
	45 RT-PCR	46 Resultado
	47 Sorotipo	48 Histopatologia
Dados laboratoriais	49 Imunohistoquímica	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 2	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"/> 1	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 checked="" type="checkbox"/> 1		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input checked="" type="checkbox"/> 1	
	65 Evolução do Caso <input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/>	<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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Realizado coleta 06/06/23

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	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 7748.075

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	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	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)
	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	36 Exame PRNT
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Sorotipo	44 Histopatologia
	45 Imunohistoquímica	46 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	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		
	12/06/2013				

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 pela data 09/06/23

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome: <i>João José das Palmeiras</i>	Assinatura: <i>Andréia B. Cardoso</i>
	Função: <i>Enfermeira</i>	Enfermeira
		CREN-PR 223116
		S/S 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 7.716.749

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/ença	1-DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	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		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código (IBGE)	22 Geo campo 1
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 2	25 Ponto de Referência	26 CEP
	27 (DDD) Telefone	28 Zona	29 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	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 hipotímia	<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:		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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Trabalha na Lar em Marachal

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 2.216.767

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
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data da Notificação	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ob) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2-Não	
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2-Não	
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
Dados clínicos	36 Exame PRNT	
	37 Resultado	
	38 Sorologia (IgM) Dengue	
	39 Exame NS1	
Dados laboratoriais	40 Resultado	
	41 RT-PCR	
	42 Resultado	
	43 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"/>	<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 sou do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Rayano</i>	Assinatura <i>Rayano</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 7316766

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/ença	1-DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data da Notificação
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	8 Data dos Primeiros Sintomas	9 Data de Nascimento
	10 Nome do Paciente	11 Data de Nascimento		
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor
Dados de Residência	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe	19 UF
	20 Município de Residência	21 Código (IBGE)	22 Distrito	23 Bairro
	24 Logradouro (rua, avenida,...)	25 Código	26 Geo campo 1	27 Geo campo 2
Dados de Residência	28 Ponto de Referência	29 CEP	30 (DDD) Telefone	31 Zona
	32 País (se residente fora do Brasil)	33 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	34 1 - Sim 2 - Não	35 1 - Sim 2 - Não
	36 1 - Sim 2 - Não	37 1 - Sim 2 - Não	38 1 - Sim 2 - Não	39 1 - Sim 2 - Não

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	40 Sinais clínicos	41 1-Sim 2- Não	42 1-Sim 2- Não	43 1-Sim 2- Não
	44 Febre	45 Cefaleia	46 Vômito	47 Dor nas costas
	48 Mialgia	49 Exantema	50 Náuseas	51 Conjuntivite
Dados laboratoriais	52 Doenças pré-existent	53 1-Sim 2- Não	54 1-Sim 2- Não	55 1-Sim 2- Não
	56 Diabetes	57 Hepatopatias	58 Hipertensão arterial	59 Doenças auto-imunes
	60 Doenças hematológicas	61 Doença renal crônica	62 Doença ácido-péptica	63 Doença auto-imunes
Dados laboratoriais	64 Sorologia (IgM) Chikungunya	65 Exame PRNT	66 Resultado	67 Resultado
	68 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	69 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	70 Data da Coleta	71 Resultado
	72 Sorologia (IgM) Dengue	73 Exame NS1	74 Resultado	75 Resultado
Dados laboratoriais	76 Isolamento	77 Resultado	78 RT-PCR	79 Resultado
	80 Data da Coleta	81 Resultado	82 Data da Coleta	83 Resultado
	84 Sorotipo	85 Histopatologia	86 Imunohistoquímica	87 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"/>	<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
	<i>Dayana</i>	<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 7.716751

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/ença	1-DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10)
			A 90 A 92	3 Data da Notificação
				17/05/2013
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação		
	PR	São José das Palmeiras		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	Centro de Saúde	15/05/2013		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	Maurício A. Ferreira Naves	17/08/1982		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 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- Não gestacional 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	1- Analfabeto 2- 1ª a 4ª série incompleta 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		
		Maria das Santos Ferreira		
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
	São José das Palmeiras	Rua José Vieira	370	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
			26 Ponto de Referência	
Dados clínicos e laboratoriais	27 CEP	28 (DDD) Telefone		
		4598810159916		
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado			
Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent		
	1-Sim 2- Não	1-Sim 2- Não		
Dados laboratoriais	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Exame PRNT	
			Data da Coleta	
	38 Resultado	39 Sorologia (IgM) Chikungunya		
	S1 S2 PRNT	Data da Coleta		
Dados laboratoriais	40 Resultado	41 Exame NS1		
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Data da Coleta		
	42 Resultado	43 Isolamento		
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Data da Coleta		
Dados laboratoriais	44 Resultado	45 RT-PCR		
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	Data da Coleta		
	46 Resultado	47 Sorotipo		
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	1- DENV-1 2- DENV-2		
Dados laboratoriais	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica		
	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	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 Alarma 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 <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 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

não saiu do Município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayana R. Dapper</i>	Função <i>Enf</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 7.216.757

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/ença	(1) DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	
	3 Data da Notificação	18/05/2023	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	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	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
Dados de Residência	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 e laboratoriais

Dados clínicos	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT	37 Resultado
	38 Sinais clínicos	39 Doenças pré-existent	40 Sorologia (IgM) Dengue	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 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 <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	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

Início dos sintomas 15/05 coleta p/ 22/05

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome João José das Palmeiras	Função Enfermeira
Assinatura João José das Palmeiras		SVS 14/03/201618

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.716.759

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 (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data de Nascimento	8 Raça/Cor
Notificação Individual	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	17 UF		
Dados de Residência	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 Data da Investigação

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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	39 Data da Coleta	40 Resultado
	41 Data da Coleta	42 Resultado	43 Isolamento
Dados laboratoriais	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

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 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"/> 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

Início dos sintomas 15/05 coleta 22/05

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 7716.740

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 (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	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		
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 clínicos e laboratoriais	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	39 Data da Coleta

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)
Dados laboratoriais	37 Data da Coleta	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado
	41 Data da Coleta	42 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 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 <input type="checkbox"/>	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 ≤ 20 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	
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

nao resideu do municipio

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Dayana R. Dapper	Função Enfermeira
Assinatura Dayana Rodrigues Dapper		

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.716.743

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/enferma	1 - DENGUE 2 - CHIKUNGUNYA	Código (CID10) A 90 A 92
	3 Data da Notificação	18/05/2023	
Dados de Residência	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	Luciana do S. Costa	
Notificação Individual	9 Data de Nascimento	09/02/1983	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	Gabriel Ap. da S. Costa	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados de Residência	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados de Residência	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	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	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 <input type="checkbox"/> 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

no saiu do município

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 2 216 746

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)	6 A 90 A 92
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	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		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
30 País (se residente fora do Brasil)				

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não	
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não	
Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	
	36 Exame PRNT	
	37 Resultado	
38 Sorologia (IgM) Dengue		39 Exame NS1
40 Resultado		41 Resultado
42 Isolamento		43 RT-PCR
44 Resultado		45 Resultado
46 Sorotipo		47 Histopatologia
48 Resultado		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 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 hipotímia	<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:		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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Não seguiu do Município, Estudo na escala Municipal

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

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7716745

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
	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)			

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 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
Dados laboratoriais	39 Isolamento	40 Resultado
	41 RT-PCR	42 Resultado
	43 Sorotipo	44 Histopatologia
	45 Imunohistoquímica	46 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"/>	<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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
70 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 ≤ 20 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
71 Data de início dos sinais de gravidade:	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

→ Não foi do Município, estudo no colegio Estadual

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unit. de Saúde
	Nome Dayana R. Dapper	Função Enfermeira

Ass: Dayana Rodrigues Dapper
Enfermeira
COREN-PA 772685
SVS 14/03/2016

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

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 (IBGE)	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,...)	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 Resultado
	38 Sorologia (IgM) Dengue	39 Exame NS1	40 Resultado
Dados laboratoriais	41 Isolamento	42 RT-PCR	43 Resultado
	44 Imunohistoquímica	45 Resultado	46 Resultado

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

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.

1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação	13/10/2013
2 Agravado/ença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID-10)	A90 A92
4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	12/10/2013
8 Nome do Paciente	Edemir Bartoluzzi		9 Data de Nascimento	03/10/1976
10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	1
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- Ignorada	
14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
0- Analfabeto 1- 1ª e 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 5ª e 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 3- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 5- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino superior incompleto 7- Ensino superior completo 8- Não se aplica	16 Nome da mãe			
17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		
19 Distrito	Código			
20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	24 Geo campo 1		
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	27 CEP		
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	29 Zona		
28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
416 919 912 020 80	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados clínicos e laboratoriais

31 Data da Investigação	32 Ocupação
13/10/2013	agente
33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
1-Sim 2-Não	1-Sim 2-Não
<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleia <input 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"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes
<input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital	<input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica
35 Sorologia (IgM) Chikungunya	38 Resultado
36 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>
37 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado
39 Sorologia (IgM) Dengue	40 Resultado
41 Data da Coleta	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado
42 Resultado	43 Isolamento
1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	44 Data da Coleta
45 RT-PCR	46 Resultado
47 Data da Coleta	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado
48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica
1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7.716.741

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	6 Data da Notificação	
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	8 Código	9 Data dos Primeiros Sintomas	10 Data de Nascimento
	11 Nome do Paciente	12 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	13 Gestante	14 Raça/Cor
	15 (ou) Idade	16 1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica	17 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	18 Escolaridade
Dados de Residência	19 Número do Cartão SUS	20 Nome da mãe	21 UF	22 Município de Residência
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)	25 Código (IBGE)	26 Distrito
	27 Número	28 Complemento (apto., casa, ...)	29 Geo campo 1	30 Geo campo 2
Dados de Residência	31 Ponto de Referência	32 CEP	33 (DDD) Telefone	34 Zona
	35 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	36 País (se residente fora do Brasil)	37	38
	39	40	41	42

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	35 1-Sim 2- Não	36 1-Sim 2- Não
Dados laboratoriais	37 Sorologia (IgM) Chikungunya	38 Exame PRNT
	39 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	40 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)
	41 Sorologia (IgM) Dengue	42 Exame NS1
Dados laboratoriais	43 Isolamento	44 RT-PCR
	45 Data da Coleta	46 Resultado
	47 Sorotipo	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 <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 agravado 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 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 residência do município

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome <i>Dayana Dapper</i>	Função <i>Enf.</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 7423759

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 (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	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
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	22 Número
Dados de Residência	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 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	

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/Descarta 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 hipotímia	<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

Trabalha em Outros Municípios	

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

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 Individual	
	2 Agravado/doença	ACIDENTE DE TRABALHO	Código (CID10) Y 96
	3 Data da Notificação	24/05/2023	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente
	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	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
Antecedentes Epidemiológicos	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Situação no Mercado de Trabalho	
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
	Dados da Empresa Contratante		
	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador	
Antecedentes Epidemiológicos	37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município
	40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço
	43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone
	46 Data de Nascimento		

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 2			
	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado			
	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 11:5 H (hora) 3:0 M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada 0:2 H (hora) 3:0 M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente São José das Palmeiras	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 2 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	57 Se Sim, Quantos			
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1		59 Data do Atendimento 24/05/2023	
	60 UF			
	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 S10.1	
65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado 2				
Conclusão	66 Evolução do Caso 1- Cura 2- Incapacidade temporária 3- Incapacidade parcial permanente 4- Incapacidade total permanente 5- Óbito por acidente de trabalho grave 6- Óbito por outras causas 7- Outro 9- Ignorado 1			
	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

Estava realizando troca das luminárias públicas e a caixa da lâmpada caiu e atingiu a cabeça e mesmo estava utilizando chapéu de proteção.

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde Centro de Saúde São José das Palmeiras		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Vanderleia B. Cardoso	Função Enfermeira	Assinatura Vanderleia B. Cardoso Enfermeira COREN-PR 223118



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 21.587.650/0001-55 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 17/12/2014
NOME EMPRESARIAL PRESTADORA DE SERVICOS AGRICOLAS VERONEZZI LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) VERONEZZI - SERVICOS AGRICOLAS.		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 01.61-0-03 - Serviço de preparação de terreno, cultivo e colheita		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 01.61-0-01 - Serviço de pulverização e controle de pragas agrícolas 01.61-0-99 - Atividades de apoio à agricultura não especificadas anteriormente 01.63-6-00 - Atividades de pós-colheita 49.30-2-01 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal. 49.30-2-02 - Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional 52.29-0-02 - Serviços de reboque de veículos 52.29-0-99 - Outras atividades auxiliares dos transportes terrestres não especificadas anteriormente 77.31-4-00 - Aluguel de máquinas e equipamentos agrícolas sem operador		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO EST SAO CRISTOVAO	NÚMERO 36	COMPLEMENTO : KM.4 LOTE RURAL;
CEP 85.898-000	BAIRRO/DISTRITO ZONA RURAL	MUNICÍPIO SAO JOSE DAS PALMEIRAS
UF PR		ENDEREÇO ELETRÔNICO ILSON1@UOL.COM.BR
TELEFONE (45) 8834-3950/ (45) 3259-1156		ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 17/12/2014
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 25/05/2023 às 15:09:15 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data de Notificação
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO	Z20.9	11/05/2023
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	PR	São José das Palmeiras	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente
Notificação Individual	Hospital São José das Palmeiras		11/05/2023
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	Francisco Almeida Rodrigues	23/10/1959	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	63	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	1034108251943014	Emilia Leiva Lima	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados de Residência	PR	São José	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	19 Distrito
	Centro	Manoel Ribas	
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	1163		
	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)
	459988314433	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação		
	Técnico Enfermeiro		
	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
Antecedentes Epidemiológicos	01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário	09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado
	Dados da Empresa Contratante		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador	
Antecedentes Epidemiológicos	PR1105102110001-01	Hospital São José das Palmeiras	
	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município
	8610-1/01	PR	São José
Antecedentes Epidemiológicos	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço
		Centro	Minha Roche
	42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone
Antecedentes Epidemiológicos	1147		
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		

46 Tipo de Exposição

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☒ 1- Percutânea
☒ 2- Mucosa (oral/ocular)

☒ 2- Pele íntegra
☒ 2- Pele não íntegra
☒ 2- Outros _____

47 Material orgânico

1- Sangue

2- Líquor

3- Líquido pleural

4- Líquido ascítico

9- Ignorado

5- Líquido amniótico

6- Fluido com sangue

7- Soro/plasma

8- Outros: _____

0/6

48 Circunstância do Acidente

01 - Administ. de medicação endovenosa
 02 - Administ. de medicação intramuscular
 03 - Administ. de medicação subcutânea
 04 - Administ. de medicação intradérmica
 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue
 06 - Punção venosa/arterial não especificada
 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo
 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...

09 - Lavanderia
 10 - Lavagem de material
 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
 12 - Procedimento cirúrgico
 13 - Procedimento odontológico
 14 - Procedimento laboratorial
 15 - Dextro
 16 - Reencape
 98 - Outros
 99 - Ignorado

49 Agente

1- Agulha com lúmen (luz)

2- Agulha sem lúmen/maciça

3- Intracath

4- Vidros

5- Lâmina/lanceta (qualquer tipo)

6- Outros

9- Ignorado

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☒ 1- LUVA☒ 1- Avental☒ 1- Óculos☒ 1- Máscara☒ 2- Proteção facial☒ 1- Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)

1- Vacinado 2- Não vacinado 9- Ignorado

☒ 1

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)

1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 9- Ignorado

☒ 2- Anti-HIV ☒ 2- HbsAg ☒ 2- Anti-HBs ☒ 2- Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida?

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☒ 1

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?

1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado 9- Ignorado

☒ 2- Hbs Ag☒ 2- Anti-HBs☒ 2- Anti-HIV☒ 2- Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☒ 1- Sem indicação de quimioprofilaxia☐ AZT+3TC+Indinavir☐ Vacina contra hepatite B☐ Recusou quimioprofilaxia indicada☐ AZT+3TC+Nelfinavir☐ Outro Esquema de ARV☐ AZT+3TC☐ Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

Conclusão

56 Evolução do Caso

1- Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____)

2- Alta sem conversão sorológica

3- Alta paciente fonte negativo

4- Abandono

5- Óbito por acidente com exposição a material biológico

6- Óbito por Outra Causa

9- Ignorado

57 Se Óbito, Data

58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho

1- Sim

2- Não

3- Não se aplica

9- Ignorado

Informações complementares e observações

Encaminhado para médico do trabalho
 agendada consulta 18/05/2023

Investigador

Município/Unidade de Saúde

São José das Palmeiras / Hospital São José

Nome

Edna Aparecida Rigo

Função

Enfermeira

Cód. da Unid. de Saúde

Assinatura

Edna Ap^a Rigo
Enfermeira
PR 488627

SVS

27/09/2023

Sinan Net



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

Nº 7.423 757

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	06/05/2013	PR	São José dos Pinhais	4121514516
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	Hospital São José dos Pinhais			4051621614
Dados da Pessoa Atendida	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
	06/05/2013	11:55		
	7 Nome			8 Data de Nascimento
	Leonor de Inchele dos Santos			02/04/1997
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	26	2 - Feminino	1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor	13 Escolaridade	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado	
	1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo		
	14 Ocupação	15 Situação conjugal	3 - Viúvo 5 - Não se aplica	
	Do lar	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		
Dados de Residência	16 Relações sexuais	17 Possui algum tipo de deficiência?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe	20 UF 21 Município de residência
		7051001249873156	Miriam Aparecida dos Santos	PR São José dos Pinhais
	22 Bairro de residência	23 Logradouro (rua, avenida,...)	24 Número	
	Centro	Av. José Bonifácio		
	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	Casa	Lunetária	81518198-0100	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	4151811671375	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência	32 UF 33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência
01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 03 - Via pública 06 - Creche		PR São José dos Pinhais	Centro	
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)	
38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?	40 A lesão foi autoprovocada?	
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
41 Meio de agressão		42 Tipo de violências		
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor			<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1- Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado			46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge			<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input checked="" type="checkbox"/> Desconhecido		
Em casos de violência sexual	47 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado			48 Supeita de uso de álcool 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal			<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____		
Evolução e encaminhamento	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____					
	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
	52 Se óbito pela agressão, data _____					
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros _____					
	54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 _____					
	55 Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado					

Informações complementares e observações

As 12:15 hrs do dia 06-05-23 Paciente admitida nesse hospital relatando ser vítima de agressão por 02 pessoas uma do sexo feminino e outra do sexo masculino, ela relata que a mulher tinha cabelos vermelhos, branca de pele branca, e o homem com uma tatuagem no braço esquerdo, estorção de cor preta, e mesmo da medicação, apresentando várias oronhies superficial no região da virilha e do membro, membros superiores, hematoma em região posterior, orientada a procurar o PM do município.

Simone F. Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN-PR 933.810

TELEFONES ÚTEIS

Disque-Saúde
0800 61 1997

Central de Atendimento à Mulher
180

Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes
100

Município/Unidade de Saúde

Município: São José dos Palmeiros

Cód. da Unid. de Saúde/CNES

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7423743

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	3 Data da Notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	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 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)
Dados clínicos e laboratoriais	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 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	38 Resultado	
	39 Data da Coleta	40 Resultado	
	41 Data da Coleta	42 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 05/05/2023		


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 checked="" 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

paciente apresenta cansaço, tem temperatura alta, febre não consegue alimentar, alergia no corpo.



Miguel Juli Reston Jr.
524.864.430-63
Médico
CRM 13.291

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Hospital São José / São José das Palmeiras	40561264
Nome	Função	Assinatura
Marcelo da Silva	Tratador	

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA			
Dados Gerais	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
Notificação Individual	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
Dados de Residência	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

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Sinais clínicos	1-Sim 2- Não		
Dados clínicos	34 Doenças pré-existent	1-Sim 2- Não		
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT	37 Resultado	
Dados clínicos	38 Sorologia (IgM) Dengue	39 Exame NS1	40 Resultado	
	41 Isolamento	42 Resultado	43 RT-PCR	
Dados laboratoriais	44 Resultado	45 Resultado	46 Resultado	
	47 Resultado	48 Resultado	49 Resultado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <u>2</u>	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	05/05/2023	

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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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

Paciente relata algia atrás dos olhos, náusea, tontura, hipotensão.

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 7423752

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/enferma	1- DENGUE	2- CHIKUNGUNYA	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data de Nascimento	8 Raça/Cor
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	11 Sexo
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	12 Gestante	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	20 Bairro
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
Dados de Referência	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos	34 Doenças pré-existent
	34 Doenças pré-existent	35 Sorologia (IgM) Chikungunya
Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya	36 Exame PRNT
	36 Exame PRNT	37 Sorologia (IgM) Dengue
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
	38 Exame NS1	39 RT-PCR
	39 RT-PCR	40 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
Conclusão	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País		
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>				
59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro		
62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica		
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação <input type="checkbox"/>		1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento			
1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>		05/05/2012 01:21:31			

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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1-Sim 2- Não			
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas			
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"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC		
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	Comprometimento grave de órgãos:		
		<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

Paciente segue em tratamento com muita tosse, dores nas costas falta de apetite, tenturas e mesmo relata não ter saído do País.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Hospital São José das Palmeiras	
Nome	Função	Assinatura
Fernando Almeida	Téc Endemias	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7423738

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA				A 90 A 92
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	PR	São José das Palmeiras				
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		13 Raça/Cor	
	Kátia Maria Comberta		16/06/1985			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	37	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Não gestacional 5- Não 6- Não se aplica	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorada		
Dados de Residência	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	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		76040741918743413		Luci Salte de Carvalho	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	PR	São José das Palmeiras				
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código		24 Geo campo 1	
	Centro	Residente Bernardino				
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	200	Casa			27 CEP	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação		
	459 9135 06128	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 Ocupação		

Dados clínicos e laboratoriais

Dados clínicos	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 checked="" 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 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-existentis 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	
	36 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	
Dados laboratoriais	37 Exame PRNT	
	38 Resultado	
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	39 Sorologia (IgM) Dengue	
Dados laboratoriais	40 Resultado	
	41 Exame NS1	
	42 Resultado	
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
Dados laboratoriais	43 Isolamento	
	44 Resultado	
	45 RT-PCR	
	46 Resultado	
Dados laboratoriais	47 Resultado	
	48 Resultado	
	49 Resultado	
	50 Resultado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <u>2</u>	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 <u>1</u> 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 <u>05/05/2023</u>		

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 hipotímia	<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	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<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

Paciente relata algia em corpo,cefaleia, vômito, início dos sintomas dia 11.04.2023.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Hospital São José das Palmeiras	41056264
Nome	Função	Assinatura

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)	A 90 A 92	3 Data da Notificação	04/04/2013	4 Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas		8 Data de Nascimento		9 Raça/Cor			
	PR	São José das Palmeiras	Hospital São José das Palmeiras		28/03/2013		07/05/1972		1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 Ignorado			
	8 Nome do Paciente	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor		14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor		14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS			
	5 11		F	5	1		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		898915010891172363			
	16 Nome da mãe		17 UF		18 Município de Residência	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	Melita Carneira de Souza		PR		São José das Palmeiras			Centro		Rua Marechal Castelo Branco		
Dados de Residência	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	786		casa							858918-010		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Sinais clínicos		
	9181824134318		1 Urbana 2 Rural 3 Periurbana 9 Ignorado	Brasil		04/04/2013				1-Sim 2-Não		
Dados clínicos e laboratoriais												
Dados clínicos	33 Sinais clínicos		34 Doenças pré-existentes		35 Sorologia (IgM) Chikungunya		36 Exame PRNT		37 Resultado		38 Resultado	
	X Febre X Cefaleia Vômito X Dor nas costas Artrite Petéquias Prova do laço positiva Mialgia Exantema X Náuseas X Conjuntivite Artralgia intensa Leucopenia Dor retroorbital		1-Sim 2-Não		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	39 Data da Coleta		40 Resultado		41 Exame NS1		42 Resultado		43 Isolamento		44 Resultado	
	03/04/2013		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		45 RT-PCR		46 Resultado		47 Data da Coleta		48 Resultado	
Dados laboratoriais	39 Data da Coleta		40 Resultado		41 Exame NS1		42 Resultado		43 Isolamento		44 Resultado	
	03/04/2013		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		45 RT-PCR		46 Resultado		47 Data da Coleta		48 Resultado	
	43 Isolamento		44 Resultado		45 RT-PCR		46 Resultado		47 Data da Coleta		48 Resultado	
	Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
Conclusão	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País		
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>				
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica		
5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>		
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		
1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			05/05/2023		

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

Paciente refere com falta de apetite, fraqueza, tonturas, relata não ter saído do País segue em tratamento.

Cód. da Unid. de Saúde

Município/Unidade de Saúde

Investigador

Nome

Função

Assinatura

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	6 Data da Notificação	
	7 UF	8 Município de Notificação	9 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas		8 Data de Nascimento
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		10 Raça/Cor
	10 (ou) Idade	11 Sexo	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	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 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
	43 Isolamento	44 Resultado	45 RT-PCR	46 Resultado

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7423735

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, cefaleia, 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/ença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10) A 90 A 92
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Data de Nascimento	
Notificação Individual	9 Nome do Paciente	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	19 Distrito		20 Bairro
Dados de Residência	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	
	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1	
Dados laboratoriais	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Data da Coleta
	42 Isolamento	43 Resultado	44 RT-PCR
	45 Resultado	46 Resultado	47 Resultado
	48 Resultado	49 Resultado	50 Resultado

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
Conclusão	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)					
Conclusão	56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País		
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica	
	5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarma 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação		<input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		
1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado			05/05/2021		

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 alarme	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarma e Dengue 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

Paciente refere-se com muita dor no corpo, febre alta, falta de apetite, relata não ter saído do País.

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Hospital São José das Palmeiras	
	Nome	Assinatura
	A. B. ...	
	Função	
	Téc. Em Imunização	

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº 7423742

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 (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	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	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	
	36 Exame PRNT	
Dados laboratoriais	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
	39 Isolamento	40 RT-PCR
	41 Resultado	42 Resultado
	43 Resultado	44 Resultado

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)	6 Código (IBGE)
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	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	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	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	36 Exame PRNT
Dados laboratoriais	37 Sorologia (IgM) Dengue	38 Exame NS1
	39 Isolamento	40 RT-PCR
	41 Resultado	42 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	05/05/2023	

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"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia ≥ 2 cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	69 Data de início dos sinais de alarme:
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>	Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC Comprometimento grave de órgãos: <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

Sete relatos que os dias antes mal estar contínuo fraqueza veio consulta foi medicado pedindo exame laboratoriais

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

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação	16/04/2013	
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA			I	A 90 A 92	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas		11/04/2013	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		26/07/1956		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		1	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		Helena Hegino Carvalho	
	17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito		411215416
Dados de Residência	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		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	
	17/04/2013	Aposentada		<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleia <input 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 checked="" type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital		<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 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		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
	Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado
	11/04/2013		J		11/04/2013		J
	11/04/2013		J		11/04/2013		J

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <u>2</u>	51 Data da Internação <u>17/04/2023</u>	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital				
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 <u>10</u>		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 <u>1</u> 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 <u>05/05/2023</u>	

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"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<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"/> Melenas	<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
71 Data de início dos sinais de gravidade:		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____			

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

paciente apresenta muita algia no corpo, fraqueza ansia de vômito, febre baixa, não consegue alimentar.

Investigador	Município/Unidade de Saúde <u>Hospital São José</u>	Cód. da Unid. de Saúde <u>4056264</u>
	Nome	Assinatura