



NOTA TÉCNICA 02/08

Assunto: sobre procedimentos de diagnóstico para febre amarela.

Em função da situação da Febre Amarela no país, **no momento atual**, e para operacionalização e agilidade da vigilância epidemiológica na investigação de casos, deve-se atentar para a seguinte definição de caso suspeito:

“Indivíduo com quadro febril agudo acompanhado de icterícia e/ ou hemorragia, residente ou procedente de área de risco para febre amarela silvestre, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela nos últimos dez anos.”

Neste sentido, caso ocorra a suspeita de caso de Febre Amarela, de acordo com a definição, e **a partir de 30/01/2007**, orienta-se:

1. A notificação deve ser **imediate** do município para a GESA e desta para a DIVE **por telefone**, com todas as informações necessárias como: sinais e sintomas apresentados, história vacinal do suspeito e todo o trajeto percorrido nos últimos 15 dias (com nome do município, datas, etc.).
2. Toda notificação e investigação de **possíveis casos** suspeitos deverão ser acompanhadas pela vigilância epidemiológica da GESA, juntamente com o município que notificou.
3. No momento da notificação, serão revistos os sintomas e a situação epidemiológica para verificar se o paciente se enquadra dentro dos critérios da definição estabelecida pela SVS/MS.
4. Sendo considerado como **“caso suspeito de Febre Amarela”**, será providenciada uma coleta a partir do 5º dia dos sintomas (amostras coletadas antes desse período necessitam de nova coleta após o 5º dia).
5. **OBS:** só será realizado exame para diagnóstico para Febre Amarela, o caso que realmente for enquadrado como suspeito e notificado por telefone a GESA e DIVE. **Os demais casos, mesmos com envio de amostras diretamente ao LACEN serão desconsiderados.**

Quanto ao envio das amostras:

Todas as amostras biológicas devem ser encaminhadas ao **LACEN/SES**, acompanhadas de **cópia da ficha de notificação devidamente preenchida** e de **formulário de pesquisa de Febre Amarela** (em anexo) onde deve estar registrada a data do início dos sintomas, dados sobre deslocamento nos últimos 15 dias, data dos primeiros sintomas e data da coleta da amostra e município de residência do paciente.

a) **Quanto ao teste e material a ser enviado:**

SOROLOGIA:

Material:

- Sangue venoso (soro) sem anticoagulante – separar no mínimo 1 ml de soro para sorologia
- Sangue do coração – em caso de óbito
- Tubo plástico estéril, identificado e conservado a -20°C, ou em geladeira por 24 horas no máximo.
- Transporte: refrigerado com gelo reciclável em caixa de isopor.

OBSERVAÇÕES:

O envio das amostras para o Laboratório Adolfo Lutz (SP) é realizado somente pelo **LACEN/SES**, todas as terças e quintas feiras. **Só serão encaminhadas** as amostras que se enquadrem nos critérios e recomendações acima descritas. Caso contrário, as amostras não serão processadas e ficarão à disposição diretamente no LACEN/SES para retirada pelo serviço de saúde que as encaminhou.

Florianópolis (SC), em 28 de janeiro de 2008.

Luis Antonio Silva
Diretor da DIVE/SES/SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA - LACEN
RECEPÇÃO E TRIAGEM DE AMOSTRAS EXTERNAS

ENDEREÇO: Rua Felipe Schmidt – 788, Centro - CEP: 88010-002 – Florianópolis - SC
Fone (48) 32517800 / Fax (48) 32517815 / e-mail: lacen@saude.sc.gov.br

COLETA DE EXAME PARA FEBRE AMARELA

REQUISITANTE:

Município: _____ **Unidade de atendimento:** _____

Endereço: _____

Fone: _____ **Fax** _____ **Médico** _____

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____

Idade: ____ **Sexo:** () Feminino () Masculino **Gestante** () Sim () Não

Município de Residência: _____ **UF:** _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ **Fone:** _____

Vacina Febre Amarela: () Sim () Não **Há** (< 3) (>3) meses

Esteve em área de risco nos últimos 15 dias? () Sim () Não

Local: _____

DADOS COMPLEMENTARES:

Data dos primeiros sintomas: ____ / ____ / ____

- () Febre () Prostração () Melena () Anorexia () Náuseas
() Epistaxe () Vômitos () Cefaléia () Exantema () Oligúria
() Artralgia () Mialgia () Choque () Icterícia () Calafrios
() Dor abdo- () Gengivorra- () Hemorragia () Insuf.hepá- () Insuf. Renal
minal gia tica

COLETA SANGUE

() 1ª AMOSTRA Data ____ / ____ / ____ () 2ª AMOSTRA Data ____ / ____ / ____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA COLETA:

Nome completo: _____ **Fone:** _____

Função: _____

PARA USO DO LABORATÓRIO:

Data de entrada: ____ / ____ / ____ **Responsável:** _____