



Nota técnica nº 046/2022 – GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC

Assunto: PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS FRENTE À INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS DE DENGUE E/OU CHIKUNGUNYA (CHIKV) E/OU ZIKA (ZIKAV).

Diante do cenário de ocorrência de epidemia de dengue em vários municípios com o registro de um elevado número de casos graves e óbitos, especialmente na população com mais de 60 anos de idade (Nota de alerta nº 0012/2022 GEZOO/DIVE/SUV/SES), no ano de 2022 em Santa Catarina, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, orienta que:

Os óbitos suspeitos e/ou confirmados por dengue e/ou CHIKV e/ou ZIKAV devem ser notificados, **IMEDIATAMENTE, por telefone ou e-mail, no máximo 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial**, para a Vigilância Epidemiológica Municipal, esta para a Gerência Regional de Saúde (GERSA) correspondente e esta à Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) que informará o Ministério da Saúde.

A Vigilância Epidemiológica Municipal deverá iniciar **imediatamente** a investigação do óbito suspeito, com apoio da Gerência Regional de Saúde. Fora do horário regular de funcionamento da Vigilância Epidemiológica Municipal e na ausência de sobreaviso, o Serviço de Saúde deverá notificar o sobreaviso da **GERSA** correspondente, que iniciará a investigação e comunicará a DIVE. No primeiro dia útil, a GERSA comunicará a Vigilância Epidemiológica Municipal.

A notificação realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos, sendo o SINAN On-line para os casos de dengue e chikungunya e o SINAN Net para os casos de zika.



A investigação do caso deve ser realizada com o instrumento de coleta de dados (Anexo 1), dividido da seguinte maneira: informações do prontuário (atendimento/ internação do paciente) e entrevista com familiares. O questionário para revisão dos prontuários é composto de nove blocos com informações sobre: identificação, internação, dados clínicos, evolução clínica, manejo clínico, exames laboratoriais específicos e inespecíficos, encerramento e observação. Com o questionário de entrevista são obtidas informações sobre identificação do entrevistado, assistência à saúde do paciente, contatos e observação.

Os formulários preenchidos deverão ser digitalizados e encaminhados junto com a declaração de óbito (DO) e um relatório final (Anexo 2) em ordem cronológica, com a sequência dos acontecimentos e todas as informações levantadas à Gerência Regional de Saúde correspondente, que repassará para a área técnica da Coordenação Estadual da Vigilância e Controle do *Aedes aegypti* por meio do e-mail obitosarboviroses.sc@gmail.com. A notificação de todo o óbito suspeito deve ocorrer no período de 24h, sendo que o processo de investigação deve ser concluído em até sete (07) dias, salvo raras exceções. Apenas após a conclusão da investigação e envio dos relatórios, o caso deve ser encerrado no sistema de notificação, como óbito confirmado por um dos agravos ou descartado.

Os óbitos confirmados serão aqueles que se enquadrem na definição de caso de uma das três doenças, com confirmação por meio de critério laboratorial, preferencialmente, ou clínico-epidemiológico, na impossibilidade da coleta de amostras. Pacientes com uma das três doenças e com comorbidades, que evoluírem para óbito, deverão ter como causa básica uma das três doenças diagnosticada.

O caso será descartado quando:

- ◆ Diagnóstico laboratorial negativo, com amostra coletada em tempo oportuno;
- ◆ Diagnóstico laboratorial de outra doença/ agravo; e



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

- ◆ Ausência de exame laboratorial, mas com investigação clínica e epidemiológica compatíveis com outras doenças.

Em caso de dúvidas, a área técnica da Coordenação Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti* permanece à disposição por meio dos telefones (48) 3664-7493//7478//7477 ou pelo e-mail obitosarboviroses.sc@gmail.com.

Florianópolis, 05 de julho de 2022.

**Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças
Transmitidas por Vetores
GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC**



ANEXO 1

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO

A - Investigação de óbito por arbovírus – Prontuário

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DI01. Nº SINAN: _____ DI02. CPF: _____

DI03. Nome do paciente: _____

DI04. Data nascimento: ____/____/____ DI05. Idade: _____

DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino DI07. Nome da mãe: _____

DI08. Telefone: () _____ DI09. Município de residência: _____

DI10. UF: _____ DI11. Endereço: _____

DI12. Bairro: _____ DI13. Ponto de referência: _____

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

APH01. Descrever atendimentos (suspeita diagnóstica, realização de medicamentos/hidratação endovenosa e conduta):

Data: / /	
Local:	
Município:	
Data: / /	
Local:	
Município:	
Data: / /	
Local:	
Município:	
Data: / /	
Local:	
Município:	

APH02. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento para casa?

[] Sim [] Não [] Não informado



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticoides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antibióticos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Reidratação oral		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Soroterapia venosa		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroide.

DADOS DE INTERNAÇÃO

IT01. Nome do serviço de saúde: _____

IT02. Município de internação: _____

IT03. Data de admissão: ____/____/____

IT04. Unidade: PS Clínica UTI

Outro: IT04.1 _____

IT05. Estadiamento: A B C D Não realizado

IT06. Hipótese diagnóstica inicial: _____

DADOS CLÍNICOS

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação?

Sim Não Não informado

DC02. Data início dos sintomas: ____/____/____



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DC03. Assinalar os sinais e sintomas apresentados:

<input type="checkbox"/> Febre Data início: ____/____/____ Duração (dias): _____ Temperatura máxima (°C): _____	<input type="checkbox"/> Edema de membros Localização: <input type="checkbox"/> Articular <input type="checkbox"/> Periarticular <input type="checkbox"/> Disseminado
<input type="checkbox"/> Hipotermia Temperatura mínima (°C): _____	<input type="checkbox"/> Dor abdominal Intensidade: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa
<input type="checkbox"/> Exantema Data início: ____/____/____ Duração (dias): _____ Tipo exantema: <input type="checkbox"/> Pruriginoso <input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Maculo-papular	<input type="checkbox"/> Dor articular Extensão: <input type="checkbox"/> Oligoarticular <input type="checkbox"/> Poliarticular Intensidade: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa
<input type="checkbox"/> Epistaxe	<input type="checkbox"/> Conjuntivite seca
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Artrite
<input type="checkbox"/> Equimose	<input type="checkbox"/> Tenossinovite
<input type="checkbox"/> Hipotensão postural	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Lipotimia	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Calafrios
<input type="checkbox"/> Faringite	<input type="checkbox"/> Cefaleia
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Dor retroorbitária
<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Hematoma
<input type="checkbox"/> Outros, especificar:	

DC03.1 Já teve dengue anteriormente?

Sim Não Não sei



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DC04. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Puérpera	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Etilismo
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica	<input type="checkbox"/> Hepatite crônica
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cirrose hepática
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas
<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica (gástrica/duodenal)	<input type="checkbox"/> Doença hematológica	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA
<input type="checkbox"/> Neoplasias (câncer)	<input type="checkbox"/> Outras patologias, especificar:	

DC05. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC06. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)?

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC07. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo?

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC08. Manifestações neurológicas: (ex: agitação, encefalite, convulsões, rebaixamento de consciência, Síndrome de Guillain-Barré):

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC09. Manifestações oculares: (ex: uveíte, neurite óptica):

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DC10. Manifestações dermatológicas:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC11. Quadro renal (ex: insuficiência renal aguda, nefrite) :

Sim Não Não informado

Se sim, especificar: _____

DC12. Quadro hemorrágico:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

<input type="checkbox"/> Hematemese	<input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto
<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo
<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	<input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral
<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	<input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos
<input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico)	<input type="checkbox"/> Outros, especificar:

DC13. Evoluiu para choque:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou inidentificável	<input type="checkbox"/> Necessidade de uso de droga vasoativa
<input type="checkbox"/> PA diferencial convergente (PAS - PAD ≤ 20 mmHg)	<input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral
<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Outros, especificar:
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar ≥ 3"	



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DC14. Presença de outras complicações:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Hepatite aguda
<input type="checkbox"/> Discrasias hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Pancreatite aguda
<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Hipoadrenalismo
<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Icterícia
<input type="checkbox"/> Taquidispneia	<input type="checkbox"/> Edema agudo pulmonar
<input type="checkbox"/> Infecção associada à assistência à saúde	<input type="checkbox"/> Insuficiência Adrenal
<input type="checkbox"/> Outras, especificar:	

EVOLUÇÃO CLÍNICA

EC01. Houve remoção para UTI:

Sim Não Não informado

EC01.1. Se sim, data admissão: ____/____/____

EC01.2. Data alta da UTI: ____/____/____

EC02. Evolução:

Transferência Data: ____/____/____

Alta Data: ____/____/____

Óbito Data: ____/____/____

Para onde:

EC03. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

A) _____

B) _____

C) _____

D) _____

I) _____

II) _____



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

EC04. O corpo foi encaminhado para necropsia:

Sim Não Não informado

Se sim, descreva o laudo:

EC05. Se óbito fetal ou em menores de 1 ano, quando ocorreu em relação ao parto:

Antes Durante Após Ignorado

MANEJO CLÍNICO

MC01. Recebeu soroterapia intravenosa:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

MC02. Data de início: ____/____/____

MC03. Usou por quantos dias: _____

MC04. Especificar volume diário infundido:

Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						
Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						
Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						
Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						
Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						
Data:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Total (ml)						



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

MC04. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticoides		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> AINES*		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Paracetamol		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antibióticos		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antivirais		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Imonoglobulina intravenosa		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Outros		__/__/__	__/__/__

* Anti-inflamatórios não esteroides

EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar

(Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados nas primeiras 48h e os mais próximos da ocorrência do óbito):

Data Coleta	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Hematócrito										
Hemoglobina										
Plaquetas										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Eosinófilos										
Basófilos										
Monócitos										
Linfócitos										
Bastonetes										
AST - TGO										
ALT - TGP										
Ureia										
Creatinina										
Sódio										
Potássio										
Albumina										
Fosfatase Alcalina										
Bilir. total										
Bilir. direta										
Bilir. indireta										



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

LI02. Realizou punção liquórica:
 Sim Não Não informado

LI02.1. Data: ____/____/____

LI02.2. Aspecto:
 Límpido Turvo Hemorrágico Outro: _____

LI02.3. Análise bioquímica do líquido:

Hemácias (mm3)	Leucócitos (mm3)	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

LI03. Realizou algum exame de imagem:
 Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

Exame	Topografia	Data	Resultado	Se alterado, laudo
<input type="checkbox"/> Radiografia		__/__/__	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia		__/__/__	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Tomografia		__/__/__	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ressonância		__/__/__	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

EXAMES LABORATORIAIS ESPECÍFICOS

LE01. Realizou algum exame etiológico:
 Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Outra técnica*
<input type="checkbox"/> Zika vírus	<input type="checkbox"/> Soro	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	__/__/__	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Soro	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	__/__/__	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Soro	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	__/__/__	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Outro agente, especificar:	<input type="checkbox"/> Soro	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	__/__/__	<input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	__/__/__	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista com familiar

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DI01. Nome do entrevistado: _____

DI02. Data nascimento: ____/____/____

DI03. Idade: _____

DI04. Sexo: [] Masculino [] Feminino

DI05. Grau de parentesco com o caso:

DI06. Município de residência: _____ DI07. UF: _____

DI08. Endereço: _____

DI09. Ponto de referência: _____ DI10. Telefone: () _____

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se Sim, qual a data de início dos sintomas: ____/____/____

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados:

<input type="checkbox"/> Febre Data início: ____/____/____ Duração (dias): _____ Temperatura máxima (°C): _____	<input type="checkbox"/> Edema de membros Localização: [] Articular [] Periarticular [] Disseminado
<input type="checkbox"/> Hipotermia Temperatura mínima (°C): _____	<input type="checkbox"/> Dor abdominal Intensidade: [] Leve [] Moderada [] Intensa
<input type="checkbox"/> Exantema Data início: ____/____/____ Duração (dias): _____ Tipo exantema: [] Pruriginoso [] Macular [] Maculo-papular	<input type="checkbox"/> Dor articular Extensão: [] Oligoarticular [] Poliarticular Intensidade: [] Leve [] Moderada [] Intensa
<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Prostração
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Irritabilidade
<input type="checkbox"/> Dor retroorbitária	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Lipotimia



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia
<input type="checkbox"/> Tenossinovite	<input type="checkbox"/> Coriza
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor de garganta
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Faringite
<input type="checkbox"/> Equimose	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia
<input type="checkbox"/> Epistaxe	<input type="checkbox"/> Paresia
<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Outros, especificar:	

AS02.1 Já teve dengue anteriormente?

Sim Não Não sei

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico?

Sim Não Não sei

Se sim, especificar:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticoides		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> AINES*		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Paracetamol		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antibióticos		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antivirais		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Outros		__/__/__	__/__/__

* Anti-inflamatórios não esteroides

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico?

Sim Não Não sei

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? [_____]



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

AS5.1. Descreva como foi o atendimento:

Nome serviço saúde	Município	Data atendimento	Hipótese diagnóstica	Conduta
		__/__/__		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência
		__/__/__		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência
		__/__/__		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência
		__/__/__		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência
		__/__/__		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento?

Sim Não Não sei

Se sim, especificar:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticóides		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> AINES*		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Paracetamol		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antibióticos		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Antivirais		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Reidratação oral		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Soroterapia venosa		__/__/__	__/__/__
<input type="checkbox"/> Outros		__/__/__	__/__/__

* Anti-inflamatórios não esteroides

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo?

Sim Não Não sei

Se sim, especificar qual (is):



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

AS08. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais:

Sim Não Não sei

Se sim, especificar:

<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Puérpera	<input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Neoplasias (câncer)
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica (gástrica/duodenal)	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica (gástrica/duodenal)	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Doença hematológica	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Doença pulmonar	<input type="checkbox"/> Etilismo
<input type="checkbox"/> Hepatite crônica	<input type="checkbox"/> Cirrose hepática
<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Doenças reumatológica
<input type="checkbox"/> Se outras patologias, especificar: _____	

CONTACTANTES

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período?

Sim Não Não sei

Se sim, especificar:

C02. Quantas pessoas adoeceram: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

OBSERVAÇÕES

I01. Data: ____/____/____

I02. Investigador: _____



ANEXO 2

MODELO DE RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO

Identificação (Nº Notificação SINAN, Data da notificação, Data início dos sintomas, Nome do paciente, Idade, CPF, Município de residência).

Comorbidades e risco social (ex. Etilista, tabagista)

Atendimentos em unidades de saúde – Locais, datas, horas, sintomas, procedimentos, exames realizados (principalmente hemograma e exames específicos), orientações sobre hidratação, sinais de alarme e gravidade.

Local e data do óbito

Conclusão do caso (Breve relato sugerindo se a dengue contribuiu ou não para o óbito)

Local, data e assinatura (pessoa que fez o relatório)



Assinaturas do documento



Código para verificação: **XII0T713**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK** (CPF: 060.XXX.189-XX) em 06/07/2022 às 08:44:47
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.
(Assinatura do sistema)

- ✓ **IVÂNIA DA COSTA FOLSTER** (CPF: 589.XXX.509-XX) em 06/07/2022 às 16:16:19
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 12:23:18 e válido até 28/03/2119 - 12:23:18.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxMjI0MzNfMTIzOTUwXzlwMjJfWEIjMFQ3MTM=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00122433/2022** e o código **XII0T713** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.