



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

Nº IDENTIFICADOR

☐ 1 - SINAN ☐ 2 - GAL

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL BRUCELOSE HUMANA

DEFINIÇÃO DE CASOS: Conforme estabelecido no Protocolo Estadual de Brucelose Humana - Manejo Clínico e Vigilância em Saúde.

LINK: <https://dive.sc.gov.br/index.php/component/phocadownload/category/23-brucelose?download=359:protocolo-estadual-de-brucelose-humanamanejo-clinico-e-vigilancia-em-saude>

PESSOAL	Nome completo*		
	Nome completo da mãe		Nome Social
	Sexo ao nascimento* ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Intersexo	Gestante ☐ Ignorado ☐ Não grávida ☐ Sim – Primeiro Trimestre ☐ Sim – Segundo Trimestre ☐ Sim – Terceiro Trimestre ☐ Sim – Trimestre desconhecido ☐ Não se aplica	Idade ou Data de nascimento / /
	Identificador do caso (Pode ser preenchido o número do SINAN ou número do cadastro do exame no GAL)		Usuário atribuído*
	ENDEREÇOS		
	Tipo de documento* ☐ Cartão de Vacinação ☐ ID Arquivado ☐ Carteira de Identidade Nacional ☐ ID de caso externo ☐ CPF		Número de documento*
	Tipo de endereço* ☐ Endereço de residência ☐ Endereço anterior ☐ Outros		Data / /
	Endereço de e-mail		Número de telefone
	Local*	Bairro*	CEP
	Logradouro com número*(rua, avenida...)		
Latitude		Longitude	

LEGENDA

Todos os campos com * são obrigatórios

EPIDEMIOLOGIA	Classificação* ☐ Confirmado ☐ Provável ☐ Suspeito ☐ Descartado	Data de início dos sintomas* / /	Status da investigação do caso ☐ Em andamento ☐ Encerrada ☐ Não investigado
	Data de conclusão da investigação* / /	Evolução Clínica ☐ Ignorado ☐ Óbito por outras causas ☐ Vivo	
	Data da evolução clínica / /	Data de notificação* / /	
	Situação ao final do acompanhamento ☐ Em acompanhamento ☐ Acompanhamento concluído ☐ Perda de seguimento ☐ Não se aplica ☐ Óbito ☐ Transferido para outro município		

NOTIFICAÇÃO	DADOS DE NOTIFICAÇÃO		
	1) Município/UF de notificação ☐ Santa Catarina	1.1.1) Qual município?	
	2) Unidade de saúde* (ou outra fonte notificadora)		3) Código CNES da unidade notificadora
	DADOS DO INDIVÍDUO		
	4) É estrangeiro? ☐ Sim ☐ Não	4.1.1) Qual país de nascimento?	5) Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado
	6) Escolaridade ☐ Nenhuma ☐ Educação Infantil ☐ Ensino Fundamental ☐ Incompleto ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA			
7) Caso reside em outro município? (diferente do município de notificação?) ☐ Sim ☐ Não	7.1.1) Qual município?	8) Zona ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Periurbana ☐ Ignorado	

INVESTIGAÇÃO DE BRUCELOSE HUMANA	DADOS GERAIS		
	9) Situação do paciente* ☐ Novo ☐ Em acompanhamento		
	DADOS OCUPACIONAIS		
	10) Local do trabalho	11) Endereço do local de trabalho	
12) Telefone	13) Exposição ocupacional? ☐ Sim ☐ Não	14) Tipo de exposição ☐ Frigorífico/Matadouro ☐ Laticínio ☐ Contato com placenta e/ou feto de aborto de animais ☐ Laboratório ☐ Vacina	

ANTECEDENTES

15) Consumo de alimentos crus* ☐ Sim ☐ Não		15.1.1) Caso sim, qual tipo de alimento? ☐ Leite não pausterizado/cru ☐ Queijo fresco ☐ Alimento com queijo ☐ Alimento com leite ☐ Manteiga não pausterizada/crua	
16) Viagens (6 Meses anteriores)* ☐ Sim ☐ Não		16.1.1) Lugares	
17) Diagnóstico de Brucelose anterior?* ☐ Sim ☐ Não		17.1.1) Data do diagnóstico anterior / /	17.1.2) Local do diagnóstico
17.1.3) Exames anteriores (especificar exame e titulação obtida)			
17.1.4) Tratamento anterior? ☐ Sim ☐ Não		17.1.4.1.1) Duração do tratamento anterior e quais drogas utilizadas	
18) Sintomas* ☐ Febre ☐ Anorexia ☐ Mal-estar geral com queijo ☐ Vômitos ☐ Calafrios ☐ Cefaleia ☐ Dor articular ☐ Dor muscular ☐ Sudorese profusa ☐ Diarreia ☐ Náuseas ☐ Astenia ☐ Outros			
18.1) Qual temperatura?		18.1.1) Quais os outros sintomas?	

DADOS CLÍNICOS

19) Forma de início da enfermidade* ☐ Agudo ☐ Crônico ☐ Insidioso ☐ Não se aplica		20) Sinais clínicos* ☐ Adenopatias ☐ Esplenomegalia ☐ Comprometimento neurológico ☐ Hepatomegalia ☐ Comprometimento osteoarticular ☐ Comprometimento geniturinário ☐ Comprometimento cardiovascular ☐ Outros	
20.1.1) Caso selecionado "outros" no item 20. Quais outros sinais clínicos?			
21) Hospitalização? ☐ Sim ☐ Não	21.1.1) Data de hospitalização / /	21.1.2) Tempo de hospitalização (em dias)	

DADOS LABORATORIAIS

22) Rosa Bengala ☐ 1º Exame ☐ 2º Exame ☐ 3º Exame ☐ 4º Exame ☐ 5º Exame		
22.1.1) Resultado do 1º exame (Rosa Bengala) ☐ Reagente ☐ Não reagente	22.1.2) Titulação do 1º exame (Rosa Bengala)	22.1.3) Data do 1º exame (Rosa Bengala) / /
22.1.1) Resultado do 2º exame (Rosa Bengala) ☐ Reagente ☐ Não reagente	22.1.2) Titulação do 2º exame (Rosa Bengala)	22.1.3) Data do 2º exame (Rosa Bengala) / /
22.1.1) Resultado do 3º exame (Rosa Bengala) ☐ Reagente ☐ Não reagente	22.1.2) Titulação do 3º exame (Rosa Bengala)	22.1.3) Data do 3º exame (Rosa Bengala) / /
23) ELISA ☐ IgM (1º Exame), ☐ IgG (1º exame).		
23.1.1) Resultado do 1º exame (IgM) ☐ Reagente ☐ Não reagente	23.1.2) Titulação do 1º exame (IgM)	23.1.3) Data do 1º exame (IgM)
23.1.1) Resultado do 1º exame (IgG) ☐ Reagente ☐ Não reagente	23.1.2) Titulação do 1º exame (IgG)	23.1.3) Data do 1º exame (IgG)

24) Recebeu tratamento médico para brucelose?* ☐ Sim ☐ Não	24.1.1) Medicamento de escolha para o tratamento <table border="0"> <tr> <td>☐ Doxiciclina</td> <td>☐ Estreptomicina</td> <td>☐ Rifampicina</td> </tr> <tr> <td>☐ Clotrimazol</td> <td>☐ Ciprofloxacino</td> <td>☐ Gentamicina</td> </tr> <tr> <td>☐ SMZ + TMP</td> <td>☐ Outros _____</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Doxiciclina	☐ Estreptomicina	☐ Rifampicina	☐ Clotrimazol	☐ Ciprofloxacino	☐ Gentamicina	☐ SMZ + TMP	☐ Outros _____	
☐ Doxiciclina	☐ Estreptomicina	☐ Rifampicina								
☐ Clotrimazol	☐ Ciprofloxacino	☐ Gentamicina								
☐ SMZ + TMP	☐ Outros _____									

☐ Sim ☐ Não

☐ Doxiciclina ☐ Estreptomicina ☐ Rifampicina
☐ Clotrimazol ☐ Ciprofloxacino ☐ Gentamicina
☐ SMZ + TMP ☐ Outros _____

/ /

24.1.3) Duração do tratamento (em dias)

[illegible]

Todos os campos com * são obrigatórios