



# INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR ARBOVÍRUS - PRONTUÁRIO



## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

<b>A.01.</b> Nº SINAN:		<b>A.02.</b> Nº GAL:	
<b>A.03.</b> Nome do paciente:			
<b>A.04.</b> Data nascimento: / /		<b>A.05.</b> Idade: <input type="checkbox"/> D-DIAS, M-MESES, A-ANOS	
<b>A.06.</b> Sexo:		<b>A.07.</b> CPF:	
<b>A.08.</b> Nome da mãe:			
<b>A.09.</b> Telefone:			
<b>A.10.</b> Município de residência:		<b>A.11.</b> UF:	
<b>A.12.</b> Endereço:			
<b>A.13.</b> Bairro:		<b>A.14.</b> Ponto de referência:	

## DADOS DE ATENDIMENTO

Preencher com dados referentes ao primeiro atendimento até a última internação:

Nome do serviço (UBS/ESF, UPA, clínicas, hospitais e outros)	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

## DADOS CLÍNICOS

Preencher com dados referentes à primeira internação:

<b>B.01.</b> Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
<b>B.02.</b> Data início dos sintomas: / /				
<b>B.03.</b> Sinais e sintomas apresentados: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO				
<input type="checkbox"/> <b>Febre</b> Data início: / / Duração: [ ] dias Temperatura máxima: [ ] °C		<input type="checkbox"/> <b>Exantema</b> Data início: / / Duração: [ ] dias  Tipo exantema: <input type="checkbox"/> Pruriginoso <input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Maculo-papular		<input type="checkbox"/> <b>Dor abdominal</b>  Intensidade <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa
<input type="checkbox"/> <b>Hipotermia</b> Temperatura mínima: [ ] °C	<input type="checkbox"/> Conjuntivite seca <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Dor retro-orbitária <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Paralisia	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural <input type="checkbox"/> Lipotimia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Tosse
				<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Faringite <input type="checkbox"/> Linfadenopatia

Quais as articulações acometidas:

- Artrite  
 Tenossinovite  
 Edema de membros Localização:  
 Articular  Periarticular  Disseminado

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

Dor articular - Simetria:  Simétrica  Assimétrica

Outros sinais ou sintomas, especificar:

**B.04.** Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais:  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Puérpera <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Doença hematológica <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Cirrose hepática <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas	<b>Diagnóstico prévio de</b> <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika  <b>Vacina</b> <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue número de doses <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	---	--

**B.05.** Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO

B.5.1. Se sim especificar: \_\_\_\_\_

**B.06.** Houve descompensação clínica da comorbidade (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)?

SIM  NÃO  NÃO INFORMADO

B.6.1. Se sim especificar: \_\_\_\_\_

**B.07.** Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo?  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO Se sim, especificar (**B.08 a B.14**):

**B.08.** Manifestações neurológicas:  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Encefalite <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Paralisia	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência	<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	--	--

**B.09.** Manifestações oculares:  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Neurite ótica <input type="checkbox"/> Iridiociclite <input type="checkbox"/> Episclerite	<input type="checkbox"/> Retinite <input type="checkbox"/> Uveíte	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
--	--	--

**B.10.** Manifestações dermatológicas: [ ] SIM [ ] NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa	<input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
--	--	--

**B.11.** Quadro renal:  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda	<input type="checkbox"/> Redução do débito urinário <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
--	---	--

**B.12.** Quadro hemorrágico:  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

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

**B.13. Evoluiu para choque:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 – SIM, 2 – NÃO, 3 – NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Pulso débil ou inidentificável <input type="checkbox"/> PA diferencial convergente ( $\leq 20$ mmHg)	<input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar $\geq 3$ " <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)	<input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	--	--

**B.14. Presença de outras complicações:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 – SIM, 2 – NÃO, 3 – NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Discrasias hemorrágicas <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória <input type="checkbox"/> Taquidispneia <input type="checkbox"/> Gestante ou puérpera	<input type="checkbox"/> Abortamento IG _____ <input type="checkbox"/> Óbito fetal IG _____ DO _____ <input type="checkbox"/> Parto prematuro IG <input type="checkbox"/> Hepatite aguda <input type="checkbox"/> Pancreatite aguda <input type="checkbox"/> Hipoadrenalismo	<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema agudo pulmonar <input type="checkbox"/> Infecção associada à assistência à saúde <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
---	---	--

### MANEJO CLÍNICO

**C.01. Houve remoção para UTI:**  SIM  NÃO

C.1.1. Se sim, data admissão:        /        /  
C.1.2. Data alta da UTI:        /        /

**C.02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**C.03. Data de início:**        /        /        **C.04. Usou por quantos dias:**        **C.05. Peso:** \_\_\_\_\_ Kg

**C.06. Especificar volume diário infundido:**

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

**C.07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:**

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> AINES*		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Outros		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Coloides		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/    /	/    /

\* Anti-inflamatórios não esteroides.

## EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

**D.01.** Realizou algum tipo de exame de sangue:  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

(Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais **próximos da ocorrência do óbito**):

\*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados **mais relevantes** para a investigação.

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													
Internado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

**D.02.** Realizou punção líquórica?  SIM  NÃO

DATA	ASPECTO			
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____

**D.2.1.** Análise bioquímica do líquor:

DATA	Hemácias (mm <sup>3</sup> )	Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Hemácias (mg/dl)

**D.03.** Realizou algum exame de imagem:  SIM  NÃO 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

**E.01.** Realizou algum exame etiológico:  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

AGENTE	AMOSTRA <sup>1</sup>	DATA DA COLETA	SOROLOGIA <sup>2</sup>	RT-PCR <sup>3</sup>	OUTRA TÉCNICA
<input type="checkbox"/> Zika	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Outro agente, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outras	/ /			

1- [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2- [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3- [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

\*Nome da técnica e resultado

**E.02.** Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura:  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

MATERIAL	DATA COLETA	AGENTE
	/ /	
	/ /	
	/ /	

**E.03.** Há amostras de material biológico guardado em algum laboratório?  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

## DADOS DE ÓBITO

**F.01.** Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO): N° DO: \_\_\_\_\_.

A)	
B)	
C)	
D)	
I)	
II)	

**F.02.** O corpo foi encaminhado para necropsia:  SIM  NÃO Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ENCERRAMENTO

**G.01. Encerramento:**  Confirmado  Descartado  Provável  Inconclusivo  Em investigação

**G.02. Critério:**  Clínico-epidemiológico  Laboratorial

**G.03. Classificação:**  Zika  Dengue  Chikungunya  Outros, especificar: \_\_\_\_\_.

**G.04. Evolução:**

Óbito pelo agravo      Data:    /    /  
 Óbito por outras causas      Data:    /    /

## OBSERVAÇÕES

**H.01. Data:**    /    /

**H.02. Responsável pela investigação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Há outros investigadores?  SIM  NÃO Se sim, quais?

1. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_



# INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR ARBOVÍRUS - ENTREVISTA



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

<b>A.01.</b> Nº SINAN:	<b>A.02.</b> Nome do entrevistado:
<b>A.03.</b> Data nascimento:        /        /	<b>A.04.</b> Idade: <input type="checkbox"/> D-DIAS, M-MESES, A-ANOS
<b>A.05.</b> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>A.06.</b> Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____
<b>A.07.</b> Município de residência:	<b>A.08.</b> UF:
<b>A.09.</b> Endereço:	
<b>A.10.</b> Ponto de referência:	<b>A.11.</b> Telefone: (    )

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**B.01.** Antes do óbito a pessoa ficou doente?     SIM     NÃO     NÃO SEI

B.01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas        /        /

**B.02.** Quais foram os sinais e sintomas apresentados: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> <b>Febre</b> Data início:        /        / Duração: [    ] dias Temperatura máxima: [    ] °C  <input type="checkbox"/> <b>Pele fria (Hipotermia)</b> Temperatura mínima: [    ] °C  <input type="checkbox"/> <b>Dor nas juntas (Dor articular)</b> <u>Extensão:</u> <input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular) <input type="checkbox"/> Duas ou mais (Poliarticular) <u>Intensidade:</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa  <input type="checkbox"/> <b>Mancha vermelha no corpo (Exantema)</b> Data início:        /        / Duração: [    ] dias  <input type="checkbox"/> <b>Coceira no corpo (Prurido)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor de cabeça (Cefaleia)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor no corpo (Mialgia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor abdominal</b> <u>Intensidade:</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa  <input type="checkbox"/> <b>Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Inchaço (Edema) de membros</b> <u>Localização:</u> <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Corpo todo  <input type="checkbox"/> <b>Diarreia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Náuseas</b>  <input type="checkbox"/> <b>Vômitos</b>  <input type="checkbox"/> <b>Calafrios</b>	<input type="checkbox"/> <b>Manchas roxas no corpo (Equimose)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Sangramento no nariz (Epistaxe)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Fraqueza (Prostração)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Sonolência</b>  <input type="checkbox"/> <b>Irritabilidade</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tontura quando levanta (Hipotensão postural)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Desmaio (Lipotimia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Nariz escorrendo (Coriza)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tosse</b>  <input type="checkbox"/> <b>Falta de ar (Dispneia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor de garganta</b>  <input type="checkbox"/> <b>Gânglio/íngua (Linfadenopatia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Formigamento (Paresia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Paralisia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Outros, especificar:</b> _____
---	---	---

**B.03.** Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico?     SIM     NÃO    Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR O MEDICAMENTO E DOSE	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
	/    /	/    /
	/    /	/    /
	/    /	/    /
	/    /	/    /
	/    /	/    /
	/    /	/    /
	/    /	/    /

**B.04.** Já teve dengue anteriormente?     SIM     NÃO     NÃO SEI

**B.05.** Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico?     SIM     NÃO

B.5.1. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? [    ]

**B.06.** Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

NOME SERVIÇO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	DATA ATENDIMENTO	QUAL FOI O DIAGNÓSTICO	CONDUTA	FOI ORIENTADO RETORNO?	FOI ORIENTADO A TOMAR LÍQUIDO EM CASA?	FOI ENTREGUE CARTÃO DA DENGUE?
		/ /		<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 ( / / )			

**B.07.** Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

CLASSE	ESPECIFICAR O MEDICAMENTO E DOSE	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
<input type="checkbox"/> Soro por boca (Reidratação oral)		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Soro na veia (Soroterapia venosa)		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**B.08.** Fazia uso de medicamento de uso contínuo?  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

**B.09.** Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada?  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Gestante (idade gestacional _____ ) <input type="checkbox"/> Puérpera (dias _____ ) <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Doença no sangue (Doença hematológica) <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolista (Etilismo) <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Cirrose hepática <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas <input type="checkbox"/> Outras doenças ou condições, especificar: _____ .
--	---



## CONTACTANTES

**C.01.** Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período?  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

**C.02.** Sabe o que a pessoa teve?

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**C.03.** Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: \_\_\_\_\_.

Caso tomou vacina?

SIM  NÃO

Qual vacina?

\_\_\_\_\_.

Quantas doses?

\_\_\_\_\_.

Tem carteira de vacinação?

SIM  NÃO

## OBSERVAÇÃO

---

---

---

---

---

---

---

---

**DATA:**            /            /

**INVESTIGADOR:** \_\_\_\_\_