

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

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: ____/____/____

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

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: _____

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:

| | |
|---|---------------------------------|
| [] Hematemese | [] Sangramento digestivo alto |
| [] Melena | [] Sangramento digestivo baixo |
| [] Metrorragia volumosa | [] Sangramentos de mucosa oral |
| [] Sangramento do SNC | [] Sangramentos cutâneos |
| [] Sangramento cavitário (abdominal, torácico) | [] Outros, especificar: |

DC13. Evoluiu para choque:
[] Sim [] Não [] Não informado

Se sim, especificar:

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

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) _____

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) | | | | | | |

LI02. Realizou punção líquórica:
 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"/> | |

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar:

| Material | Data coleta | Agente etiológico |
|----------|-------------|-------------------|
| | __/__/__ | |
| | __/__/__ | |
| | __/__/__ | |

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório:

Sim Não Não informado

Se sim, especificar onde:

CONCLUSÃO

EN01. Encerramento:

Confirmado Descartado Inconclusivo Em investigação

EN02. Critério:

Clínico-epidemiológico Laboratorial

EN03. Classificação:

Zika Dengue Chikungunya Outros, especificar: _____

OBSERVAÇÕES

IN01. Data: ____/____/____ **IN02.** Investigador: _____

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 |

| | |
|---|--|
| <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? [_____]

AS5.1. Descreva como foi o atendimento:

| Nome serviço saúde | Município | Data atendimento | Hipótese diagnóstica | Conduta |
|--------------------|-----------|------------------|----------------------|---|
| | | __/__/__ | | [] Alta (/ /) [] Internação [] Transferência |
| | | __/__/__ | | [] Alta (/ /) [] Internação [] Transferência |
| | | __/__/__ | | [] Alta (/ /) [] Internação [] Transferência |
| | | __/__/__ | | [] Alta (/ /) [] Internação [] Transferência |
| | | __/__/__ | | [] Alta (/ /) [] Internação [] 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 |
|------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------|
| [] Corticóides | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] AINES* | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Paracetamol | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Antibióticos | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Antivirais | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Anticoagulantes | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Reidratação oral | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Soroterapia venosa | | __/__/__ | __/__/__ |
| [] Outros | | __/__/__ | __/__/__ |

* Anti-inflamatórios não esteroides

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo?

[] Sim [] Não [] Não sei

Se sim, especificar qual (is):

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: _____