



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

Nº IDENTIFICADOR

1 - SINAN 2 - GAL

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL ESPOROTRICOSE HUMANA

DEFINIÇÃO DE CASOS: Conforme estabelecido no Protocolo Estadual de Esporotricose Humana e Animal.

LINK: <https://dive.sc.gov.br/index.php/esporotricose#:~:text=Protocolo%20Estadual%20%2D%20Esporotricose%20Humana%20e%20Animal>

PESSOAL	Nome completo*		
	Nome completo da mãe		Nome Social
	Sexo ao nascimento* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Intersexo	Gestante <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não grávida <input type="checkbox"/> Sim - Primeiro Trimestre <input type="checkbox"/> Sim - Segundo Trimestre	<input type="checkbox"/> Sim - Terceiro Trimestre <input type="checkbox"/> Sim - Trimestre desconhecido <input type="checkbox"/> 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*
	Tipo de documento* <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> ID Arquivado		<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade Nacional <input type="checkbox"/> ID de caso externo <input type="checkbox"/> CPF
	Número de documento*		
	ENDEREÇOS		
	Tipo de endereço* <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Endereço anterior <input type="checkbox"/> 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* <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Descartado	Data de início dos sintomas* 	Status da investigação do caso <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Encerrada <input type="checkbox"/> Não investigado
	Data de conclusão da investigação* 	Evolução Clínica <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito pelo agravo notificado <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas	
	Data da evolução clínica 	Data de notificação* 	
	Situação ao final do acompanhamento <input type="checkbox"/> Em acompanhamento <input type="checkbox"/> Acompanhamento concluído <input type="checkbox"/> Perda de seguimento <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferido para outro município		

NOTIFICAÇÃO	DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
	1) Município/UF de notificação <input type="checkbox"/> Santa Catarina	1.1) Qual município? 		
	2) Unidade de saúde* (ou outra fonte notificadora)		3) Código CNES da unidade notificadora 	
	DADOS DO INDIVÍDUO			
	4.) Data de nascimento 	5) É estrangeiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5.1) Qual país de nascimento? 	6) Raça/cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado
	7) Escolaridade <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Educação Infantil <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado			
DADOS DE RESIDÊNCIA				
8) Caso reside em outro município? (diferente do município de notificação?) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	8.1) Qual município? 		9) Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Ignorado	

INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA	DADOS OCUPACIONAIS		
	10) Local do trabalho 		
	11) Endereço do local de trabalho 		
	12) Telefone 	13) Ocupação* 	14) Exposição ocupacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	15) Exerce atividade em que tenha contato com planta* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez		

DADOS CLÍNICOS

16) Investigação do caso*

- Caso novo Recidiva
 Reinfecção Retorno após interrupção do tratamento

17) Comorbidades

- Ausente HIV/AIDS Doença renal
 Doença cardíaca Doença hepática Diabetes mellitus Outras

17.1) Quais outras comorbidades?

18) Presença de lesão na pele e/ou linfonodomegalia?*

- Sim Não

18.1.1) Característica clínica

- Pápula Úlcera
 Linfonodomegalia Outra

18.1.1.1) Qual outra característica clínica?

18.1.2) Localização da lesão e/ou linfonomegalia*

- Membro superior Cabeça, Pescoço Tórax Abdômen
 Mão Membro Inferior Pé Todo corpo

18.1.2.1) Qual outra localização?

19) Forma clínica*

- Cutânea localizada Cutânea Linfática
 Cutânea disseminada Extracutânea
 Mucosa Ocular Mucosa Oral

19.1.1. Localização da doença (forma clínica extracutânea)

DADOS LABORATORIAIS

20) Houve coleta de exames laboratoriais?*

- Sim Não Não informado

20.1) Quais exames foram coletados?

- Exame citológico/micológico direto Cultura direta Histopatologia
 Sorologia Teste rápido *Sporothrix* Teste rápido HIV/AIDS

20.1.1.1.1) Data da coleta (exame citológico/micológico direto)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (exame citológico/micológico direto)

- Positivo Negativo Pendente

20.1.1.1.1) Data da coleta (cultura direta)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (cultura direta)

- Positivo Negativo Pendente

20.1.1.1.1) Data da coleta (histopatologia)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (histopatologia)

- Positivo Negativo Pendente

20.1.1.1.1) Data da coleta (sorologia)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (sorologia)

- Positivo Negativo Pendente

20.1.1.1.1) Data da coleta (teste rápido *Sporothrix*)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (teste rápido *Sporothrix*)

- Positivo Negativo Pendente

20.1.1.1.1) Data da coleta (teste rápido HIV/AIDS)

/ /

20.1.1.1.2) Resultado (teste rápido HIV/AIDS)

- Positivo Negativo Pendente

ESQUEMA TERAPÊUTICO

21) Esquema terapêutico

- Itraconazol Anfotericina B Terbinafina Iodeto de potássio fluconazol

21.1.1) Data da prescrição (Itraconazol)

/ /

21.1.2) Tempo previsto de tratamento em meses (Itraconazol)

21.1.3) Dose total administrada (Itraconazol)

21.1.4) Data de início (Itraconazol)

21.1.5) Data de término (Itraconazol)

/ / / /

21.1.1) Data da prescrição (Anfotericina B)

/ /

21.1.2) Tempo previsto de tratamento em meses (Anfotericina B)

21.1.3) Dose total administrada (Anfotericina B)

21.1.4) Data de início (Anfotericina B)

21.1.5) Data de término (Anfotericina B)

/ / / /

INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

21.1.1) Data da prescrição (Terbinafina) / /		21.1.2) Tempo previsto de tratamento em meses (Terbinafina)	
21.1.3) Dose total administrada (Terbinafina)	21.1.4) Data de início (Terbinafina) / /	21.1.5) Data de término (Terbinafina) / /	
21.1.1) Data da prescrição (Iodeto de potássio) / /		21.1.2) Tempo previsto de tratamento (Iodeto de potássio)	
21.1.3) Dose total administrada (Iodeto de potássio)	21.1.4) Data de início (Iodeto de potássio) / /	21.1.5) Data de término (Iodeto de potássio) / /	
21.1.1) Data da prescrição (Fluconazol) / /		21.1.2) Tempo previsto de tratamento (Fluconazol)	
21.1.3) Dose total administrada (Fluconazol)	21.1.4) Data de início (Fluconazol) / /	21.1.5) Data de término (Fluconazol) / /	
EXPOSIÇÃO PROVÁVEL			
22) História de corte, lesão, ou trauma durante o manuseio de plantas ou material orgânico suspeito de contaminação pelo fungo?*			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez			
23) Frequentou locais de mata (14 dias anteriores ao início dos sintomas?)*		23.1) Quais locais?	23.1.1.1) Quais outros locais?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez			
24) Teve contato com animais?*	24.1.1.) Quais animais?	24.1.1.1) Quais outros animais?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cães <input type="checkbox"/> Gatos <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros		
24.1.2) Tipo de contato com animais*		24.1.2.1) Quais outros tipos de contato?	
<input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Lesões cutâneas do animal <input type="checkbox"/> Lesões mucosas do animal <input type="checkbox"/> Outros			
24.1.3) Relação com animal*		24.1.3.1) Qual outra relação com o animal?	
<input type="checkbox"/> Tratador/Proprietário <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abrigo/ONG <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde (Veterinário, auxiliar de veterinário, tosador, etc) <input type="checkbox"/> Outra			
24.1.4) Condição clínica do animal		24.1.4.1) Especifique a doença e/ou sinais e sintomas do animal*	
<input type="checkbox"/> Sadio <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/> Morto ou desaparecido <input type="checkbox"/> Desconhecida			
24.1.4.1.2) Animal fez exame de esporotricose?		24.1.4.1.2.1) Qual resultado do exame?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Positivo para esporotricose <input type="checkbox"/> Negativo para esporotricose <input type="checkbox"/> Pendente	
CONCLUSÃO			
25) Critério de confirmação/ Descarte*		26) O Caso é autóctone do município de residência?*	
<input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Clínico epidemiológico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indeterminado	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO			
27) Observações			
<hr/> <hr/> <hr/>			
28) Anexos (Fotos ou outros documentos)			