



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

Nº IDENTIFICADOR

1 - SINAN 2 - GAL

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA)

DADOS PESSOAIS	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"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/> Trimestre desconhecido
	Idade ou Data de nascimento / /		
	Identificador do caso (SINAN)		Usuário atribuído*
	ENDEREÇOS		
	Tipo de endereço* <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Endereço anterior <input type="checkbox"/> Outros		Endereço de residência/Endereço Anterior/Outros*
	Logradouro com número* (rua, avenida...)		
	Bairro		
	Município*		CEP
Latitude		Longitude	

LEGENDA

Todos os campos com * são obrigatórios

EPIDEMIOLOGIA	Classificação do caso* <input type="checkbox"/> Em investigação <input type="checkbox"/> Óbito por dengue <input type="checkbox"/> Óbito por chikungunya <input type="checkbox"/> Óbito por zika	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* 	Data de notificação* 	
	Situação ao final do acompanhamento <input type="checkbox"/> Em acompanhamento <input type="checkbox"/> Acompanhamento concluído <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Perda de seguimento <input type="checkbox"/> Transferido para outro município <input type="checkbox"/> Não se aplica"		

INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DENGUE	DADOS GERAIS		
	1. CPF*	2. Número da Declaração de Óbito (DO)*	3. Data do óbito* / /
	DADOS CLÍNICOS		
	4. Sinais e sintomas*		
	5. Possui comorbidades/fatores de risco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado		
	5.1.1. Quais comorbidades?*		
	6. Paciente apresentou infecção aguda concomitante com a arbovirose?*		6.1.1. Qual infecção?*
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	VACINAÇÃO		
	7. Recebeu vacina contra dengue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7.1.1. Qual vacina?*	
	<input type="checkbox"/> Qdenga (primeira dose) <input type="checkbox"/> Qdenga (segunda dose) <input type="checkbox"/> Butantan-DV (dose única)		
7.1.1.1. Data de aplicação da vacina: Qdenga (primeira dose)* / /	7.1.1.2. Lote: Qdenga (primeira dose)*		
7.1.1.1. Data de aplicação da vacina: Qdenga (segunda dose)* / /	7.1.1.2. Lote: Qdenga (segunda dose)*		
7.1.1.1. Data de aplicação da vacina: Butantan-DV (dose única)* / /	7.1.1.2. Lote: Butantan-DV (dose única)*		
EXAMES LABORATORIAIS			
8. Tem exame específico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	8.1.1. Quais exames?*		
	<input type="checkbox"/> Teste rápido NS1 <input type="checkbox"/> NS1 ELISA <input type="checkbox"/> Sorologia ELISA IGM <input type="checkbox"/> Sorologia ELISA IGG <input type="checkbox"/> Biologia Molecular - PCR		
8.1.1.1. Data da Coleta (Teste Rápido NS1)* / /	8.1.1.2. Resultado (Teste Rápido NS1): <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento		
8.1.1.1. Data da Coleta (NS1 ELISA)* / /	8.1.1.2. Resultado (NS1 ELISA)* <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento		
8.1.1.1. Data da Coleta (Sorologia ELISA IGM)* / /	8.1.1.2. Resultado (Sorologia ELISA IGM)* <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento		

LEGENDA

Todos os campos com * são obrigatórios

8.1.1.1.1. Data da Coleta (Sorologia ELISA IGG)* / /		8.1.1.1.2. Resultado (Sorologia ELISA IGG)* <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento	
8.1.1.1.1. Data da Coleta (Biologia Molecular - PCR)* / /		8.1.1.1.2. Resultado (Biologia Molecular - PCR)* <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento	
IDENTIFICAÇÃO DO SOROTIPO (DENGUE)			
9. Ocorreu a identificação do Sorotipo da Dengue?*		9.1.1. Qual sorotipo?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado		Se sim, qual? <input type="checkbox"/> DENV-1 <input type="checkbox"/> DENV-3 <input type="checkbox"/> DENV-2 <input type="checkbox"/> DENV-4	
DADOS IMPORTADOS DO SINAN			
10. Município/UF de notificação*		10.1.1 Qual município?*	
11. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)*			
12. Raça*		13. Escolaridade*	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Educação infantil <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental 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	
14. Classificação*			
<input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/> Dengue grave <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika			
15. Critério de confirmação/descarte*			
<input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Clínico-epidemiológico <input type="checkbox"/> Em investigação			
DADOS IMPORTADOS DO SIM			
16. Local de ocorrência do óbito*		17. Local/estabelecimento de ocorrência*	
<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros estabelecimentos de saúde <input type="checkbox"/> Ignorado			
CAUSAS DO ÓBITO (ANTES DA INVESTIGAÇÃO)			
18. PARTE I*		19. PARTE I*	
A) _____		B) _____	
20. PARTE I *		21. PARTE I - CAUSA BÁSICA *	
C) _____		D) _____	
22. PARTE II *			

CAUSAS DO ÓBITO (APÓS INVESTIGAÇÃO)			
23. PARTE I*		24. PARTE I*	
A) _____		B) _____	
25. PARTE I *		26. PARTE I - CAUSA BÁSICA *	
C) _____		D) _____	
27. PARTE II *			

DADOS SOBRE ATENDIMENTO (Pessoal, Epidemiologia e Questionário da ficha de atendimento)**Detalhes - Nome completo do local de atendimento**

*Aparece residência no GO DATA por uma questão de imutabilidade do sistema, preencher o local do atendimento.

Endereço do local de atendimento

**Aparece residência no GO DATA por uma questão de imutabilidade do sistema, preencher o endereço do local de atendimento.

1. Local de atendimento***2. Foi aferida pressão arterial (PA)?*** Sim Não**2.1.1. Qual valor da PA?*****2.1.2. Quanto à PA, foi constatado sinal de alerta/agravo?*** Sim Não**2.1.2.1.1. Qual?*** PA convergente \leq 20 mmHg Hipotensão arterial em fase tardia**3. Foi avaliado se o paciente apresentava hipotensão postural?*** Sim Não**3.1.1. Avaliação*** Presença de hipotensão postural (queda da pressão arterial sistólica \geq 20 mmHg ou diastólica \geq 10 mmHg após 3 minutos em ortostase)
 Ausência de hipotensão postural.**4. Foi aferida frequência cardíaca (FC)?*** Sim Não**4.1.1. Qual valor da FC?*****4.1.2. Quanto à FC, foi constatado sinal de alerta/agravo?*** Sim Não**4.1.2.1.1. Qual?*** Taquicardia
 Pulso débil ou indetectável**5. Foi avaliado se o paciente apresentava hepatomegalia?*** Sim Não**5.1.1 Exame físico*** Palpação do fígado: maior do que 2cm abaixo do rebordo costal
 Não evidenciado hepatomegalia**6. Avaliado tempo de enchimento capilar?*** Sim Não**6.1.1. Tempo de enchimento capilar*** $>$ 2 segundos \leq 2 segundos**7. Feita prova do laço?*** Sim Não**7.1.1. Qual resultado?*** Prova positiva Prova negativa**8. Foi realizado hemograma?*** Sim Não**8.1.1. Quantas vezes foi realizado hemograma neste atendimento/internação?*****9. Se realizado hemograma, adicione data da coleta e resultado*** Sim Não**9.1. Data da coleta***

/ /

9.2. Resultado* Positivo Negativo Inconclusivo Em andamento**9.1.1. Hematócrito*****9.1.2. Hemoglobina*****9.1.3. Plaquetas*****9.1.4. Leucócitos*****10. Ocorreu estadiamento conforme Protocolo Classificação de risco?*** Sim Não**10.1.1. Qual grupo?*** A B C D**11. Foi realizada ou prescrita hidratação?*** Sim Não**11.1.1. Peso do paciente (kg)*****11.1.2. Qual volume (ml)?*****11.1.3. Via de administração*** Via oral
 Endovenosa
 Subcutânea**12. Qual foi o encaminhamento após o atendimento ou tipo de alta?*** Transferência para outro estabelecimento de saúde (alta por transferência) Alta por óbito
 Alta por ordem médica (cuidados domiciliares) Alta a pedido Alta por fuga**13. Paciente permaneceu internado ou em observação por mais de 12 horas?*** Sim Não**13.1.1. Qual data da admissão?***

/ /

13.1.2. Data da alta*

/ /

14. Quanto à classificação de risco* Classificação de risco não realizada
 Classificação feita conforme MS
 Feita classificação em desconformidade com MS**15. Quanto à conduta*** Conduta conforme preconizado pelo MS
 Conduta em desconformidade com MS
 Não avaliado**Situação final do acompanhamento** Em acompanhamento Acompanhamento concluído
 Perda de seguimento Não se aplica
 Óbito Transferido para outro município**Data do último atendimento**

*Por uma questão de imutabilidade do sistema no GO DATA aparecerá data do último contato, entretanto, preencha a data do último atendimento.

/ /

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

LEGENDA

Todos os campos com * são obrigatórios