

CASO SUSPEITO: Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarréia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia (baço aumentado de volume).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	FEBRE TIFÓIDE		Código (CID10) A 0 1 . 0	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		

Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorada	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outros Estados/Municípios 7 - Outros: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado	
	34 Nome do Contato	35 (DDD) Telefone
	36 Sugestão de Vínculo com: 1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento suspeito 4 - Deslocamento 5 - Outros _____ 9 - Ignorado	
	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Roséola Tífica <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Dissociação pulso-temperatura	
	38 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Perfurações Intestinais <input type="checkbox"/> Outras _____	

Atendimento	39 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado	40 Data do Atendimento	41 UF
	42 Município do Hospital	Código (IBGE)	43 Nome do Hospital

Lab.	44 Material Coletado 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina	45 Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
------	--	---

Dados do Laboratório (cont.)	46 Exames Laboratoriais Resultado: 1 - Salmonella typhi 2 - Salmonella spp 3 - Negativo 4 - Outro Agente (especificar)

	Hemocultura	Coprocultura	Urocultura	Outros
Data da 1ª Coleta				
Resultado 1ª Amostra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data da 2ª Coleta				
Resultado 2ª Amostra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data da 3ª Coleta				
Resultado 3ª Amostra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamento	47 Antibióticos Utilizados no Tratamento
	1 - Sim <input type="checkbox"/> Cloranfenicol <input type="checkbox"/> Ampicilina <input type="checkbox"/> Sulfametoxazol+Trimetoprima <input type="checkbox"/>
	2 - Não <input type="checkbox"/> Quinolona <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ Tempo de Uso <input type="text"/> <input type="text"/> Dias

Conclusão	48 Classificação Final <input type="checkbox"/> 49 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratorial 2 - Clínico Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)
	50 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado 51 UF 52 País
53 Município 54 Distrito 55 Bairro	
56 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 58 Data do Óbito 59 Data do Encerramento	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1-Cura 2-Óbito por febre tifóide 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado	

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 45 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Alimentos Consumidos na Última Semana e Suggestivos de Contaminação

Tipo de Alimento	Local de Consumo

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	