



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CISTICERCOSE HUMANA ESTADO DE SANTA CATARINA



I. DADOS GERAIS					
1. Município de Notificação:			2. Número da Notificação:		
4. Unidade de Saúde:			3. Data de notificação: / /		
II. DADOS DO PACIENTE:					
5. Nome do Paciente:					
6. Data de Nascimento: ____/____/____		8. Sexo: () 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		9. Gestante: () (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre (4) Idade gestacional ignorada (5) Não (6) Não se aplica (9) Ignorado	
7. Idade: ____ anos					
10. Raça/Cor () 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado					
11. Escolaridade () 1. Analfabeto 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Médio incompleto 5. Médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Não se Aplica 9. Ignorado					
12. Número do Cartão SUS:			13. Nome da Mãe		
14. UF		15. Município de Residência			
16. Bairro/Localidade		17. Logradouro (rua, avenida,...)			
18. Número		19. Complemento (apto, casa,...)		20. Ponto de Referência	
21. CEP: -		22. Zona () 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 4-Ignorado		23. (DDD) Telefone	
III. ANTECEDENTES					
24. Ocupação (especifique): _____			27. Local de depósito das excretas Fossa ou latrina () A céu aberto () Riacho ou manancial de água ()		
26. Saneamento básico: Fonte de água para uso doméstico () Encanada() Encanada tratada ()Cisterna() Poço () Riacho() Nascente () Açude() Especificar: _____			25. Sistema de deposição das fezes nas latrinas, casinhas ou sanitário () fezes caindo dentro (ou perto) do chiqueiro () fezes caindo dentro (ou perto) de riacho ou manancial de água () Perto da cisterna ou poço () Outro Citar _____		
28. Hábitos alimentares: Consome carne suína () Lava frutas e verduras antes de consumir() Consome verduras cruas()					
IV. INFORMAÇÃO CLÍNICA.					
29. Data de início dos sintomas:/...../.....		30. Hospitalizado: () 1. Sim 2. Não		31. Forma de início da enfermidade: Agudo() Crônico() Não se aplica()	
32. Dados clínicos					
Sintomas					
Distúrbio psíquico		Crise convulsiva		Distúrbios visuais	
Síndrome de hipertensão intracraniana		Cefaléia localizada		Vômitos	
				Alteração motora	
				Vertigens	
				Outros:	
Exames realizados					
Líquor: () Imunofluorescência indireta () Weimberg () Elisa () outro. Qual?		Soro: () Imunofluorescência indireta () Weimberg () Elisa () outro. Qual?		Diagnóstico por imagem: () Rx de Crânio () Tomografia () Ressonância magnética () Outro. Qual?	
Diagnóstico definitivo: () Cisticercose () Neurocisticercose () Outro diagnóstico Qual? Data do diagnóstico ____/____/____					

33. Localização anatômica: () Parenquimatosa () Intraventricular () Subcutânea () Muscular () Meníngea
() Medular () Oftálmica () Outros quais? _____

34. Tratamento: () Medicamento () Específico () Cirúrgico () Sintomático Data ___/___/___

35. Evolução () **1. Cura 2. Óbito 3. Em tratamento 9. Ignorado** Data ___/___/___

36. Sequelas: () Crises eptileptiformes
() Distúrbio de equilíbrio Qual? _____ () Motora Qual? _____
() Distúrbios psiquiátricos Qual? _____ () Sensitiva Qual? _____
() Distúrbios visuais Qual? _____ () Outros Quais? _____
() Hidrocefalia

VI. Comunicantes

37. Nome	Idade	Sexo	Data do Tratamento	Encaminhamento
_____	_____	_____	___/___/___	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____

40. Responsável pelo preenchimento da ficha: Nome:.....Cargo.....
Data/...../.....

Assinatura