

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 1, MARÇO/2024
DIVISÃO DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA/CVE/CCD/SES-SP E INSTITUTO
ADOLFO LUTZ/CCD/SES-SP

Assunto: Fluxos de notificação, informação, investigação, encerramento oportuno e rotinas do laboratório.

FLUXOS DE NOTIFICAÇÃO E INFORMAÇÃO

A Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS, estabelece, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e define a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos de dengue, chikungunya e Zika a todos os níveis de gestão do SUS em até sete (7) dias. Já para óbitos de ambas as doenças, o prazo máximo para notificação é de 24 horas após a suspeita inicial. As "Diretrizes para a Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas no Estado de São Paulo Revisão 2023 (https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/revisao_diretrizes_arboviroses2023_08122022.pdf) e tem como

Objetivos e Metas:

- Manter a letalidade por dengue dentro da meta da OMS (abaixo de 1%);
- Detectar precocemente situações de risco e a ocorrência de casos suspeitos de dengue, chikungunya e Zika, de modo a garantir ações de prevenção e controle de novos casos;
- Monitorar circulação de vírus da dengue, objetivando a identificação precoce da introdução e reintrodução de novos sorotipos;
- Detectar precocemente a introdução dos vírus chikungunya e Zika em áreas indenes;
- Qualificar as notificações de arboviroses urbanas e o encerramento dos casos;

- Investigar 100% dos óbitos suspeitos de arboviroses urbanas

Portanto, todos os casos suspeitos devem ser, obrigatoriamente, notificados pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados por meio de ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN (anexo 1) às vigilâncias epidemiológicas municipais em até 7 dias a partir do conhecimento de sua ocorrência, enquanto a notificação de óbitos suspeitos deve ser realizada em até 24 horas do conhecimento de sua ocorrência, utilizando-se do meio de comunicação mais rápido disponível e do SINAN. Reforçamos que quanto mais ágil a chegada da informação aos serviços de vigilância, mais oportunas serão as ações pertinentes para interromper ou minimizar a transmissão.

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

Todos os óbitos suspeitos deverão ser investigados segundo **Protocolo de Investigação de Casos Graves e Óbitos por Arbovírus Urbanos do Estado de São Paulo (anexo 2)**.

A investigação adequada dos óbitos pode ajudar a identificar quais casos são evitáveis e quais não, entender por que os óbitos evitáveis ocorreram, o que precisamos melhorar para que não ocorram os óbitos evitáveis: fluxos? Capacitações? protocolos? Formas de divulgação? Organização de serviços? Adequação de insumos, RH, laboratório?, avaliar necessidade de rever protocolos clínicos, de ter protocolos diferentes para pacientes com características diferentes, ajudar na organização de serviços de diferentes complexidades, identificar necessidades de medicamentos, insumos, exames específicos e inespecíficos.

A investigação deve ser iniciada tão logo haja suspeita, sendo conduzida preferencialmente por profissionais do serviço de assistência, com apoio da vigilância municipal e acompanhamento pelo respectivo GVE e pela Divisão de Dengue, Chikungunya e Zika do CVE/CCD/SES-SP. Sugere-se criar comitês

regionais e municipais para investigação de óbitos suspeitos de arboviroses urbanas. Deve-se investigar a história clínica ao longo do tempo, exames inespecíficos, condutas, alterações clínicas – em todos os atendimentos que o paciente teve - e construir a linha do tempo do quadro clínico.

Todos os **casos suspeitos de dengue grave e de chikungunya ou Zika com formas graves ou atípicas , assim como os óbitos**, deverão ser **confirmados laboratorialmente**, preferencialmente, por laboratório de referência de saúde pública (Instituto Adolfo Lutz). Nos municípios que tiverem atingido incidência que não mais justifique a vigilância laboratorial sorológica para todos os casos suspeitos, a confirmação laboratorial pela rede de laboratórios do IAL (Instituto Adolfo Lutz) permanecerá disponível e indicada para investigação de todos os casos graves e óbitos. Nestes casos (Dengue grave/óbito) deve-se coletar amostra de soro, **independentemente da data de início dos sintomas**, informando no cadastro no GAL, que é um caso suspeito de "Dengue (grave/óbito)". Neste caso serão realizados os exames de RT-PCR para Dengue, Chikungunya e Zika e MAC-ELISA IgM para Dengue. O SINAN deve estar devidamente preenchido, sinalizando que se trata de caso grave/internado ou óbito. Caso o paciente tenha evoluído para óbito e não tenham sido encaminhadas amostras para realização de diagnóstico específico ,verificar imediatamente se há amostras de sangue, do paciente, armazenadas no laboratório da unidade de atendimento/internação para enviar ao IAL e/ou verificar a possibilidade de realizar punção pós morte de fígado.

As vigilâncias epidemiológicas municipais deverão digitar as fichas de investigação de dengue e chikungunya no SINAN online, na versão mais atualizada e, embora a ficha seja única para as 2 doenças, cada suspeita deve entrar no sistema separadamente. As fichas deverão ser atualizadas sempre que tiverem novas informações disponíveis.

O fluxo de compartilhamento das notificações do SINAN deve ser garantido entre unidades de assistência à saúde, vigilâncias municipais e serviços de controle de vetor, sendo complementadas pelos registros do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), plataforma comum ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), e às unidades da vigilância epidemiológica.

FLUXO DE INVESTIGAÇÃO E ENCERRAMENTO OPORTUNO

O fluxo de investigação, envolve uma sequência de ações diferenciadas, de acordo com a situação epidemiológica de cada município. As condutas de vigilância e controle são diferenciadas, dependendo do status da infestação pelo *Aedes* e da circulação do vírus da dengue em cada área.

Definições de casos suspeitos e critérios de confirmação e descarte

- Suspeitos de dengue: pessoas com febre com duração de 2 a 7 dias acompanhada de 2 ou mais das seguintes manifestações: náusea ou vômito, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia ou dor retro-orbital, petéquias ou prova do laço positiva, leucopenia e que vivam ou tenham viajado nos últimos 14 dias para área com transmissão de dengue ou presença de *Aedes aegypti*. Também são considerados casos suspeitos crianças com quadro febril agudo com duração de 2 a 7 dias e sem foco de infecção aparente e que vivam ou tenham viajado nos últimos 14 dias para área com transmissão de dengue ou presença de *Aedes aegypti*.
- Suspeitos de dengue com sinais de alarme: todo caso suspeito de dengue que, no período de defervescência da febre, apresente 1 ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: dor abdominal intensa e contínua ou dor a palpção do abdome; vômitos persistentes; derrames cavitários (ascite, derrame pleural, pericárdico); sangramento de mucosas, letargia ou irritabilidade; hipotensão postural ou lipotimia; hepatomegalia maior que 2 cm; aumento progressivo do hematócrito.
- Suspeitos de dengue grave: todo caso suspeito de dengue que apresente

1 ou mais dos seguintes resultados: choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a três segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg, hipotensão arterial em fase tardia, acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória; sangramento grave (hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central); comprometimento grave de órgãos (hepatopatia grave, com AST ou ALT > 1000; acometimento do sistema nervoso central ou miocardite).

- Suspeitos de chikungunya: pessoas com febre maior que 38,5° acompanhada de artralgia intensa ou artrite aguda não explicadas por outras condições e que vivam ou tenham viajado nos últimos 14 dias para área com transmissão de chikungunya ou presença de Aedes spp.
- Suspeito de Formas graves e atípicas de chikungunya: suspeitos de chikungunya que apresentem meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de GuillainBarré (iniciada na fase aguda ou na fase de convalescência das doenças), síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias; neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte; miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia e instabilidade hemodinâmica; hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas e ulcerações aftosa-like; nefrite e insuficiência renal aguda; outros: discrasia sanguínea, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e insuficiência adrenal. Todo suspeito de chikungunya que apresente alterações clínicas e laboratoriais que justifiquem internação em terapia intensiva ou apresentem risco de morte devem ser considerados como portadores de forma grave da doença.
- Suspeitos de Zika: pessoas com exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de 1 ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e sem prurido, artralgia e edema periarticular.
- Suspeito de Formas graves e atípicas de Zika: suspeitos de Zika que apresentem meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de Guillain-Barré (iniciada

na fase aguda ou na fase de convalescência das doenças), síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias; neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte; miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia e instabilidade hemodinâmica; nefrite e insuficiência renal aguda; outros: discrasia sanguínea, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e insuficiência adrenal. Todo suspeito de Zika que apresente alterações clínicas e laboratoriais que justifiquem internação em terapia intensiva ou apresentem risco de morte devem ser considerados como portadores de forma grave da doença.

- ✓ Casos confirmados de dengue, chikungunya ou Zika por critério laboratorial: a confirmação de casos será feita por diagnóstico laboratorial, para quaisquer das suspeitas, utilizando-se da metodologia disponível e adequada à fase da doença que o paciente esteja, considerando-se também o contexto epidemiológico do município para o arbovírus em questão.
- ✓ Casos confirmados de dengue, chikungunya ou Zika por critério clínico epidemiológico: a confirmação de quaisquer dos arbovírus urbanos pelo critério clínico-epidemiológico depende do estabelecimento de vínculo epidemiológico que se dá através da comprovação de circulação viral, contato com casos confirmados das doenças, da presença de vetor competente no local provável de infecção (exceção ao Zika, que possui também formas de transmissão não vetorial) e da existência de quadro clínico compatível com a definição de caso.
- ✓ Casos procedentes de áreas endêmicas ou epidêmicas (importados), poderão ser encerrados por critério clínico-epidemiológico, mesmo que residentes em municípios sem registro de autoctonia (exceto formas graves, óbitos ou gestantes, que devem ser sempre encerrados por critério laboratorial, salvo na impossibilidade de coleta de material).
- ✓ Critérios de descarte de dengue, chikungunya e Zika: todo caso suspeito que possua 1 ou mais dos seguintes critérios: diagnóstico laboratorial negativo para a doença da qual se suspeitou (devendo-se confirmar se as amostras foram coletadas no período adequado); ausência de vínculo clínico-epidemiológico; presença de diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica; casos sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com

outras doenças.

- Óbitos suspeitos de arboviroses urbanas, dengue, chikungunya ou Zika: todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado e que tenha evoluído para óbito em consequência de dengue, chikungunya ou Zika. Pacientes com dengue, chikungunya ou Zika e comorbidades que evoluírem para óbito durante o curso de uma dessas arboviroses deverão considerá-la como causa principal do óbito. A classificação independe do tempo de evolução da doença ou da duração de sua fase aguda.

Preconiza-se a busca ativa de casos graves e de óbitos nos serviços de saúde, nos SVO e nas demais fontes disponíveis, como exemplos, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o GAL.

Encerramento oportuno dos casos:

Todos os campos da Ficha SINAN devem ser preenchidos de forma adequada e responsável. Com a evolução do paciente, podem ser disponibilizadas novos dados, especialmente nos casos graves e óbitos.

Os dados de notificação, junto com os resultados dos exames laboratoriais, trarão os subsídios para o diagnóstico final, considerando as definições de caso. O casos devem ser encerrados oportunamente. O prazo é de até 60 dias. Reforçamos que quanto mais rápida a disponibilização de todas as informações no SINAN, inclusive o encerramento dos casos, melhor e mais real será a análise da situação epidemiológica, permitindo um melhor planejamento das ações necessárias.

O encerramento de casos graves e óbitos pelo critério clínico-epidemiológico em situações de impossibilidade de realização de exame laboratorial prescinde de discussão prévia com nível hierárquico que couber ao investigador.

FLUXOS E ROTINAS DO LABORATÓRIO

O Instituto Adolfo Lutz, laboratório de referência para o Estado de SP, realiza o diagnóstico de casos notificados no SINAN, suspeitos de infecção pelos vírus da

dengue, chikungunya e Zika. As amostras encaminhadas ao IAL devem estar cadastradas no GAL e acompanhadas de ficha SINAN. O cadastro de pesquisas e exames deve considerar a suspeita clínica, a situação epidemiológica, a oportunidade de coleta da amostra e adequação às metodologias disponíveis. Para investigação laboratorial de casos graves ou óbitos, deve-se enviar amostra de soro e/ou fragmentos de órgãos congelados, independentemente da data de início dos sintomas, com cadastro no GAL da pesquisa "Dengue (grave/óbito)", que inclui os exames de RT-PCR para Dengue, Chikungunya e Zika e MAC-ELISA para Dengue. Amostras de soro e fragmentos de órgãos devem ser congelados e transportados em caixa térmica com gelo reciclável ou balão de nitrogênio, em quantidade a garantir o congelamento até a chegada ao laboratório. Para casos em que haja órgãos conservados em formalina ou incluídos em blocos de parafina, deve-se cadastrar a pesquisa "Dengue Patologia". Amostras em formalina ou blocos parafinados devem ser mantidos em temperatura ambiente. O SINAN deve estar devidamente preenchido, sinalizando que se trata de caso grave/internado ou óbito.

Para o encaminhamento de amostras ao Instituto Adolfo Lutz deve-se considerar os agravos, metodologias disponíveis e os materiais biológicos que devem ser coletados a cada caso, conforme o descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Pesquisas do GAL e materiais biológicos para diagnóstico de arboviroses

Agravo	Pesquisa do GAL	Material biológico	Armazenamento e Transporte
Monitoramento de Arbovírus - Unidades Sentinelas	Arbovírus (Sentinela) *Apenas para unidades determinadas como Unidades Sentinelas para as Regiões de Saúde	Soro: 5 mL Coleta até o 5º dia de sintomas.	Refrigerar amostras entre 2º e 8ºC por até 6 horas. Congelar amostra centrifugada a -20ºC, caso necessário armazenar por período superior a 6 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o laboratório. Transportar sob refrigeração.
Caso suspeito de Dengue	Dengue - IgM (ELISA comercial)	Soro: 5 mL Coleta a partir do 6º dia de sintomas.	Refrigerar amostras entre 2º e 8ºC por até 6 horas. Congelar amostra centrifugada a -20ºC, caso necessário armazenar por período superior a 6 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o laboratório. Transportar sob refrigeração.
Caso suspeito de Chikungunya	Chikungunya - IgM (ELISA comercial)	Soro: 5 mL Coleta a partir do 6º dia de sintomas.	Refrigerar amostras entre 2º e 8ºC por até 6 horas. Congelar amostra centrifugada a -20ºC, caso necessário armazenar por período superior a 6 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o laboratório. Transportar sob refrigeração.
Gestante e RN suspeitos de infecção por Zika	Zika (gestantes e RN): (RT-PCR para Dengue, Zika e Chikungunya e ELISA IgM/MAC-ELISA)	Soro: 5-10 mL, coleta, preferencialmente até o 5º dia de sintomas. Urina: 5 mL, após o 5º dia de sintomas, caso não haja coleta de soro LCR (RN com microcefalia): 1 mL Fragmento de placenta congelada	Refrigerar amostras entre 2º e 8ºC por até 6 horas. Congelar amostra centrifugada a -20ºC, caso necessário armazenar por período superior a 6 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o laboratório. Transportar sob refrigeração.
Casos graves/atípicos e óbitos	Dengue grave/óbito: (RT-PCR para Dengue, Zika e Chikungunya e ELISA IgM/MAC-ELISA) *Anotar no campo "Observações" do quadro grave/atípico/óbito para identificação laboratorial	Soro: 5-10 mL Coleta independente da data de início de sintomas LCR (quadros neurológicos): 1-2mL	Refrigerar amostras entre 2º e 8ºC por até 6 horas. Congelar amostra centrifugada a -20ºC, caso necessário armazenar por período superior a 6 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o laboratório. Transportar sob refrigeração.
		Fragmentos de órgãos	Congelados em frasco plástico estéril. Transportar sob refrigeração.

Óbitos fragmentos tecidos formol	- de em	Dengue - Patologia Histopatológico e Imunohistoquímica de (Pesquisa de alterações morfológicas teciduais; Pesquisa de antígeno viral)	Fragmentos de fígado Acondicionar em frasco de boca larga com formalina tamponada. Manter e transportar em temperatura ambiente.
-------------------------------------------	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: IAL

Em relação ao uso Testes Rápidos (TR) imunocromatográficos para detecção de antígeno (Ag) NS1 ou Testes Rápidos (TR) imunocromatográficos para detecção de anticorpos (Ac) das classes G (IgG) e M (IgM) ou Testes Rápidos (TR) imunocromatográficos para detecção combinada de Ag e Ac (NS1/IgG/IgM) do vírus da dengue (DENV), o Ministério da Saúde considera que " O resultado do teste rápido deve ser incluído no campo observação da ficha de investigação de dengue, uma vez que a versão atual do Sinan online não possui campo para teste rápido. Informar que o caso foi confirmado por critério clínico epidemiológico." (NOTA TÉCNICA Nº 16/2024-CGLAB/SVSA/MS).

São testes de triagem que podem ter resultados falso positivo e falso negativo, nunca deve ser utilizado para manejo clínico do paciente. A suspeita é baseada no quadro clínico apresentado.

Anexo 1: Ficha de investigação dengue e febre de chikungunya.

SINAN		
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº		
<p>Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de <i>Ae. aegypti</i> que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.</p> <p>Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.</p>		
Dados Gerais	<p>1 Tipo de Notificação 2 - Individual</p>	
	<p>2 Agravado/ença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> Código (CID10) A 90 A 92 3 Data da Notificação</p>	
	<p>4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)</p>	
	<p>6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas</p>	
Notificação Individual	<p>8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento</p>	
	<p>10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/> 11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> 12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Índigena <input type="checkbox"/> 6- Ignorado</p>	
	<p>14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica</p>	
	<p>15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe</p>	
	<p>17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito</p>	
Dados de Residência	<p>20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código</p>	
	<p>22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1</p>	
	<p>25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP</p>	
	<p>28 (DDD) Telefone 29 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)</p>	
	Dados clínicos e laboratoriais	
	<p>31 Data da Investigação 32 Ocupação</p>	
	<p>33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não</p> <p><input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva</p> <p><input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital</p>	
<p>34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-íunes</p> <p><input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica</p>		
Dados laboratoriais	<p>Sorologia (IgM) Chikungunya Exame PRNT</p> <p>35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2) 37 Data da Coleta 38 Resultado</p> <p><input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado</p>	
	<p>Sorologia (IgM) Dengue Exame NS1</p> <p>39 Data da Coleta 40 Resultado <input type="checkbox"/> 41 Data da Coleta 42 Resultado <input type="checkbox"/></p> <p>1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado</p>	
	<p>43 Isolamento 44 Resultado <input type="checkbox"/> 45 RT-PCR 46 Resultado <input type="checkbox"/></p> <p>Data da Coleta 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado Data da Coleta 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado</p>	
	<p>47 Sorotipo <input type="checkbox"/> 48 Histopatologia <input type="checkbox"/> 49 Imunohistoquímica <input type="checkbox"/></p> <p>1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado</p>	
	Chikungunya/Dengue	
	Sinan Online	
	SVS 14/03/2016	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		51 Data da Internação		52 UF	53 Município do Hospital		Código (IBGE)		
	54 Nome do Hospital				Código		55 (DDD) Telefone			
Condição	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)									
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				57 UF		58 País			
	59 Município			Código (IBGE)		60 Distrito		61 Bairro		
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya				63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação			64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado				66 Data do Óbito			67 Data do Encerramento		
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave										
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes		<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito		69 Data de início dos sinais de alarme:			
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia		<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua		<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm					
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas		<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade		<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos					
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias									
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não		Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:						
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável		<input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> Hematêmese		<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa				
<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg		<input type="checkbox"/> Extremidades frias		<input type="checkbox"/> Melena		<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC				
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar		<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia		Comprometimento grave de órgãos:		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000		<input type="checkbox"/> Miocardite		
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória				<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar		<input type="checkbox"/> Alteração da consciência				
71 Data de início dos sinais de gravidade:										
Informações complementares e observações										
Observações Adicionais										
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde				
	Nome			Função			Assinatura			
	Chikungunya/Dengue			Sinan Online			SVS 14/03/2016			

Anexo 2: Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus.

A - Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus – Prontuário

Dados de Identificação

DI01. Nº SINAN: _____ DI02. Nº GAL: _____
 DI03. Nome do paciente: _____
 DI04. Data nascimento: ____/____/____ DI05. Idade: ____ [] D-dias, M-meses, A-anos
 DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino
 DI07. Nome da mãe: _____
 DI08. Telefone: (____) _____
 DI09. Município de residência: _____ DI10. UF: _____
 DI11. Endereço: _____
 DI12. Bairro: _____ DI13. Ponto de referência: _____

Dados de Internação

Preencher com dados referentes aos atendimentos até a primeira internação:

Nome do serviço	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Unidade (pronto socorro, clínicas, UTI, outros)	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)

Dados Clínicos

Preencher com dados referentes à primeira internação:

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [] Sim [] Não

DC02. Data início dos sintomas: ____/____/____

DC03. Sinais e sintomas apresentados: 1 = Sim, 2 = Não, 3 = Não informado

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre
Data início: ____/____/____
Duração: ____ dias
Temperatura máxima: ____ °C | <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 abdominal
Intensidade:
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Intensa |
| <input type="checkbox"/> Hipotermia
Temperatura mínima: ____ °C | | |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite seca
<input type="checkbox"/> Prurido
<input type="checkbox"/> Cefaleia
<input type="checkbox"/> Dor retro-orbitária
<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Calafrios
<input type="checkbox"/> Equimose
<input type="checkbox"/> Epistaxe
<input type="checkbox"/> Hematoma
<input type="checkbox"/> Petéquias
<input type="checkbox"/> Prostração | <input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Irritabilidade
<input type="checkbox"/> Paresia
<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Hipotensão postural
<input type="checkbox"/> Lipotimia
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia |
| | | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia
<input type="checkbox"/> Coriza
<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Dor de garganta
<input type="checkbox"/> Faringite
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia |

- Artrite
 Tenossinovite
 Edema de membros
 Localização: Articular
 Periarticular
 Disseminado
 Dor articular
 Simetria: Simétrica
 Assimétrica

Quais as articulações acometidas:

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

Outros sinais ou sintomas, especificar: _____

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: Sim Não. Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Puérpera | <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Asma | Diagnóstico prévio de <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsia | Vacina <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue - número de doses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Doença hematológica | <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica | <input type="checkbox"/> Tabagismo | |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Etilismo | |
| <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica | |
| <input type="checkbox"/> Demência | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática | |

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: Sim Não Não informado. **DC5.1** Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? Sim Não Não informado. **DC6.1.** Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? Sim Não Não informado
 Se sim, especificar (**DC8 a DC14**):

DC8. Manifestações neurológicas: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meningoencefalite | <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência |
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar | <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos |
| <input type="checkbox"/> Paresia | <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Agitação | |

DC9. Manifestações oculares: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurite ótica | <input type="checkbox"/> Episclerite | <input type="checkbox"/> Uveíte |
| <input type="checkbox"/> Iridociclite | <input type="checkbox"/> Retinite | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |

DC10. Manifestações dermatológicas: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível | <input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa | <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea | |

DC11. Quadro renal: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nefrite | <input type="checkbox"/> Redução do débito urinário | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina | |

DC12. Quadro hemorrágico: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos | <input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico) |
| <input type="checkbox"/> Melenas | <input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral | |
| <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo | |

DC13. Evoluiu para choque: Sim Não - Se sim, especificar: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado

- Taquicardia Extremidades frias Outros, especificar: _____
 Pulso débil ou inidentificável Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$
 PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg) Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

DC14. Presença de outras complicações: Sim Não - Se sim, especificar: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado

- Miocardite Abortamento IG____ Icterícia
 Discrasias hemorrágicas Óbito fetal IG____ DO____ Edema agudo pulmonar
 Pneumonia Parto prematuro IG____ Infecção associada à assistência à saúde
 Insuficiência respiratória Hepatite aguda Outras, especificar: _____
 Taquidispneia Pancreatite aguda
 Gestante ou puérpera Hipoadrenalismo

Manejo Clínico

MC01. Houve remoção para UTI: Sim Não

MC01.1. Se sim, data admissão: __/__/__

MC01.2. Data alta da UTI: __/__/__

MC02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa: Sim Não. Se sim, especificar:

MC03. Data de início: __/__/__

MC04. Usou por quantos dias: _____

MC05. Peso: _____ Kg

MC06. Especificar volume diário infundido:

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

MC07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Coloides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue: Sim Não - Se sim, especificar (Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais próximos da ocorrência do óbito):

*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados mais relevantes para a investigação.

Data Coleta	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hematócrito											
Hemoglobina											
Plaquetas											
Leucócitos											
Neutrófilos											
Eosinófilos											
Basófilos											
Monócitos											
Linfócitos											
Bastonetes											
AST - TGO											
ALT - TGP											
Ureia											
Creatinina											
Sódio											
Potássio											
Albumina											
Fosfatase Alcalina											
Bilir. total											
Bilir. direta											
Bilir. indireta											
Internado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N										

LI02. Realizou punção líquórica?

Data	Aspecto
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____

LI2.1. Análise bioquímica do líquido:

Data	Hemácias (mm ³)	Leucócitos (mm ³)	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

LI3. Realizou algum exame de imagem: Sim Não - 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"/> 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 - Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Outra técnica*
<input type="checkbox"/> Zika	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Outro agente, especificar:	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Visceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outra	/ /			

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: Sim Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	
	/ /	
	/ /	

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório: Sim Não - Se sim, especificar onde: _____

Dados de óbito

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

Nº DO: _____

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- I) _____
- II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: Sim Não - Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: _____

Encerramento

EN01. Encerramento: Confirmado Descartado Provável Inconclusivo Em investigação

EN02. Critério: Clínico-epidemiológico Laboratorial

EN03. Classificação: Zika Dengue Chikungunya Outros, especificar: _____

EN04. Evolução:

Cura sem sequelas Data: __/__/____

Cura com sequelas Data: __/__/____

Óbito Data: __/__/____

Observações

IN01. Data: __/__/____

IN01. Responsável pela investigação:

Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

Há outros investigadores? Sim Não – Se sim, quais?

1. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

2. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

3. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

Dados de Identificação do Entrevistado

DI01. SINAN do caso: _____ **DI02.** Nome do entrevistado: _____
DI03. Data nascimento: ____/____/____ **DI04.** Idade: _____ [] A-anos
DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino **DI06.** Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____
DI07. Município de residência: _____ **DI08.** UF: _____
DI09. Endereço: _____
DI10. Ponto de referência: _____ **DI11.** 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: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____
Temperatura máxima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Cefaleia)
<input type="checkbox"/> Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)
<input type="checkbox"/> Dor no corpo (Mialgia)
<input type="checkbox"/> Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca) | <input type="checkbox"/> Manchas roxas no corpo (Equimose)
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz (Epistaxe)
<input type="checkbox"/> Fraqueza (Prostração)
<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Irritabilidade
<input type="checkbox"/> Tontura quando levanta (Hipotensão postural)
<input type="checkbox"/> Desmaio (Lipotímia) |
| <input type="checkbox"/> Pele fria (Hipotermia)
Temperatura mínima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor abdominal
Intensidade:
[] Leve
[] Moderada
[] Intensa | <input type="checkbox"/> Nariz escorrendo (Coriza)
<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Falta de ar (Dispneia)
<input type="checkbox"/> Dor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Dor nas juntas (Dor articular)
Extensão:
[] Uma (Oligoarticular)
[] Duas ou mais (Poliarticular)
Intensidade:
[] Leve
[] Moderada
[] Intensa | <input type="checkbox"/> Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)
<input type="checkbox"/> Inchaço (Edema) de membros
Localização:
[] Membros
[] Corpo todo | <input type="checkbox"/> Gânglio/íngua (Linfadenopatia)
<input type="checkbox"/> Formigamento (Paresia)
<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha no corpo (Exantema)
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____ | <input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Calafrios | |
| <input type="checkbox"/> Coceira no corpo (Prurido) | | |

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? []

AS31. Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

Nome serviço de saúde	Município	Data atendimento	Qual foi o diagnóstico	Conduta	Foi orientado retorno?	Foi orientado a tomar líquido em casa?	Foi entregue cartão da dengue?
		//		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			
		//		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			
		//		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			
		//		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			
		//		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? Sim Não Não sei – Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Soro por boca (Reidratação oral)		//	//
<input type="checkbox"/> Soro na veia (Soroterapia venosa)		//	//
<input type="checkbox"/> Outros		//	//
		//	//
		//	//
		//	//
		//	//
		//	//

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? Sim Não – Se sim, especificar qual (is):

AS08. Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? Sim Não

Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestante (idade gestacional ____) | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Puérpera (dias ____) | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) | <input type="checkbox"/> Doença no sangue (Doença hematológica) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Alcoolista (Etilismo) |
| <input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC | <input type="checkbox"/> Outras doenças ou condições, especificar: _____ |

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [Sim [Não. Se sim, especificar:

C02. Sabe o que a pessoa teve?

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

Caso tomou vacina? [Sim [Não

Quantas doses? _____

Tem carteira de vacinação? [Sim [Não

Observação

Investigação

I01. Data: ____/____/____ **I02.** Investigador: _____