

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 *Ae.aegypti* 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 laco positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com inicio 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.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença		Código (CID10) A 90 A 92		
Notificação Individual	4 UF S P		5 Município de Notificação São Paulo		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados de Residência	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade		11 Sexo		
14 Escolaridade		12 Gestante		13 Raça/Cor	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
20 Bairro (Dist Adm)		Bairro (reside em outro município)		19 Distrito (UVIS)	
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		30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação	Outra ocupação não listada ao lado:						
Dados clínicos	33 Sinais clínicos: 1 - Sim 2 - Não		<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
			<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
Dados laboratoriais	34 Doenças pré-existentes: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes			
			<input type="checkbox"/> Doenças hematológicas	<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica				
Sorologia (IgM) Chikungunya									
35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Teste de Neutralização por Redução de Placas PRNT Data da Coleta		38 Resultado IgM 1ª coleta		39 Resultado IgM 2ª coleta	
Sorologia (IgM) Dengue									
40 Resultado IgM		41 Resultado IgG		42 Resultado NS1		43 Resultado IgM		44 Resultado Isolamento	
Exame NS1									
Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta	
Isolamento									
Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta	
RT-PCR									
Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta		Data da Coleta	
Resultados									
45 Resultado RT-PCR		46 Resultado PCR		47 Resultado Sorotipo		48 Resultado Histopatologia		49 Resultado Imunohistoquímica	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País		
59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito (UVIS)	61 Bairro(Dist. Administrativo)		
62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte	64 Apresentação clínica			
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento			
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave					
68 Dengue com sinais de alarme 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			69 Data de início dos sinais de alarme:	
70 Dengue grave 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas			Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
Extravasamento grave de plasma:	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente ≤ 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória			Comprometimento grave de órgãos: <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar	
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