

## SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

**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 laço positiva e leucopenia.

**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.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF S P	5 Município de Notificação São Paulo	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito (UVIS)
	20 Bairro (Dist Adm) Bairro (reside em outro município)		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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			
	34 Doenças pré-existent: 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				
Dados laboratoriais	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	
			IgM 2ª coleta	
			PRNT Distrito (UVIS)	
	39 Data da Coleta		40 Resultado IgM	
	41 Exame NS1 Data da Coleta		42 Resultado NS1	
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado Isolamento	
45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado PCR		
47 Sorotipo		48 Histopatologia		
		49 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

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme		<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos		
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Sangramento grave:
	Extravasamento grave de plasma:				
	<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"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<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	Assinatura