

	Definição de Caso Suspeita de Zika: Febre, exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de 2(dois) ou mais sintomas: Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.	Nº	
	Definição de Caso Suspeita de Chikungunya: Febre e início súbito ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) e: Artralgia ou artrite intensa com início agudo não explicadas por outras condições.	Nº	
	Definição de Caso Suspeita de Dengue: Febre, usualmente de 2 a 7 dias, mais 2 (dois) sintomas: náuseas, vômitos exantema, mialgia artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.	Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	ID DO PACIENTE	
	2 Agravado/doença ARBOVIROSES	3 Data da Notificação	
	4 UF PR 5 Município de Notificação LONDRINA	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se Aplica 9-Ignorado
	13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1 ^a a 4 ^a série incompleta do EF (antigo primário ou 1 ^o grau) 2-4 ^a série completa do EF (antigo primário ou 1 ^o grau) 3-5 ^a à 8 ^a série incomp. do EF (antigo ginásio ou 1 ^o grau) 4-Ens. fund. completo (antigo ginásio ou 1 ^o grau) 5-Ens. méd. incomp. (antigo colegial ou 2 ^o grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2 ^o grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da Mãe	
	17 UF PR 18 Município de Residência	19 UBS de abrangência/ Região	
Dados Residenciais	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	Dados Clínicos	SINAIS E SINTOMAS <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE <input type="checkbox"/> ARTRALGIA INTENSA <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA
<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> CEFALEIA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> DOR RETROORBITAL		<input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> EXANTEMA <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIA <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA <input type="checkbox"/> EDEMA ARTICULAR	
SINAIS DE ALARME <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL INTENSA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS PERSISTENTE	
<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO DE MUCOSAS <input type="checkbox"/> DESCONFORTO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> DATA 1 ^o SINAL DE ALARME		<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO POSTURAL/LIPOTIMIA <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA/IRRITABILIDADE	
MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> METRORRAGIA <input type="checkbox"/> OUTROS	
<input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> GENGIVORRAGIA			
Comorbidade	COMORBIDADE <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO PEPTÍDICA <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR GRAVE	
	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL <input type="checkbox"/> DOENÇA AUTOIMUNE <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> OUTROS	
Trabalho/Estudo	NOME DA INSTITUIÇÃO	(DDD) Telefone	
	LOGRADOURO (RUA, Avenida...)	Nº BAIRRO	
	TURNO <input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE	PONTO DE REFERÊNCIA	
Viagem	VIAGEM OU CONTATO COM VIAJANTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL (MUNICÍPIO / PAÍS)	
	PERÍODO: DE _____ A _____		
	MORADOR DE LONDRINA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE NÃO, QUAL O LOCAL DE MAIOR PERMANÊNCIA? (ENDEREÇO E TELEFONE)	

Hospitalização	56 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Data da Internação	58 UF	59 Município do Hospital	Código
	60 Nome do Hospital	Data da alta	61 (DDD) Telefone		

DADOS LABORATORIAIS

Dados Laboratoriais	DENGUE:					
	Exame Sorológico (IgM - DEN)			Exame NS1 (DEN)		
	33 Data da Coleta	34 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	35 Data da Coleta	36 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	Isolamento Viral (DEN)			RT-PCR (DEN)		
	37 Data da Coleta	38 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	39 Data da Coleta	40 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	41 Sorotipo <input type="checkbox"/> 1 - DEN 1 2 - DEN 2 3 - DEN 3 4 - DEN 4	Histopatologia (DEN)		Imunohistoquímica (DEN)		
		43 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	43 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado			
	44 Resultado <input type="checkbox"/> 5 - Descartado 10 - Dengue 11 - Dengue com sinais de alarme 12 - Dengue Grave	45 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Em Investigação				
	CHIKUNGUNYA: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado					
	Sorologia (IgM) Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>		RT-PCR Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>			
Sorologia (IgG) Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>		Isolamento Viral Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>				
ZIKA: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado						
Sorologia (IgM) Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>		RT-PCR Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>				
Sorologia (IgG) Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>		Isolamento Viral Coleta: <input type="checkbox"/> Resultado: <input type="checkbox"/>				
Outras doenças em investigação (detalhar):						

Conclusão	Local provável de Infecção (no período de 15 dias)					
	46 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	47 UF	48 País			
	49 Município	Código (IBGE)	50 Distrito	51 Bairro		
	52 Doenças Relacionadas ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito por dengue 3-Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado				
	54 Data do Óbito	55 Data do Encerramento				

Informações Complementares e Observações

Observações adicionais (outras informações clínicas do paciente, locais que frequenta habitualmente, relata casos na vizinhança, etc.)

Marcar as articulações afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte: D: dor; E: edema; Ar: derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra).



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