

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.
Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença COQUELUCHE	3 Data da Notificação Código (CID10) A 37.9
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro Código
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado		
	35 Nome do Contato		
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado	38 Data da Última Dose	
Dados Clínicos	39 Data do Início da Tosse		
	40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho)	<input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia
	41 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões)	<input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____

Atendimento	42 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43 Data da Internação	44 UF	45 Município do Hospital	Código (IBGE)
	46 Nome do Hospital				Código
Tratamento	47 Utilizou Antibiótico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			48 Data de Adm. do Antibiótico	
Dados Lab.	49 Coleta de Material da Nasofaringe <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	50 Data da Coleta de Material	51 Resultado da Cultura <input type="checkbox"/> 1-Positiva 2-Negativa 3-Não Realizada 9-Ignorado		
Medidas de Controle	52 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Se Sim, Quantos?	54 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado		
	55 Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se Sim, Em Quantos?	57 Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo?	58 Medidas de prevenção/control e <input type="checkbox"/> 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
Conclusão	59 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	60 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico			
	61 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	62 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por coqueluche 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
	63 Data do Óbito	64 Data do Encerramento			

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Coqueluche		Sinan NET	SVS 09/06//2006