

**CASO SUSPEITO:** Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença <b>DIFTERIA</b>	3 Data da Notificação Código (CID10) A 36.9
	4 UF   5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	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	19 Distrito
	20 Bairro	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 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (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	
	34 Nome do Contato	
35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
Dados Clínicos	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado	
	37 Data da Última Dose	
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Edema Ganglionar <input type="checkbox"/> Edema de Pescoço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Pseudomembrana <input type="checkbox"/> Palidez	
39 Temperatura Corporal °C		
40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Cavidade Nasal <input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/> Órgãos Genitais <input type="checkbox"/> Pálato <input type="checkbox"/> Conduto Auditivo <input type="checkbox"/> Traquéia <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Conjuntiva		
<b>Complicações</b>		
41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Outras _____		

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
Dados do Laboratório	47 Material Coletado <input type="checkbox"/> 1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado				48 Data da Coleta
	49 Cultura para Difteria <input type="checkbox"/> 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado				50 Provas de Toxigenidade <input type="checkbox"/> 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado
Tratamento	51 Data da Aplicação do Soro	52 Antibiótico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Data de Adm. do Antibiótico	
Medidas de Controle	54 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Se Sim, Quantos?	56 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado		
	57 Realizada Coleta de Material dos Comunicantes <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	58 Se Sim, Em Quantos?	59 Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes ?	60 Medidas de prevenção/controle <input type="checkbox"/> 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
Conclusão	61 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	62 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1-Cultura c/ Prova de Toxigenidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenidade 3-Clinico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clinico 6-Necrópsia			
	63 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	64 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
	65 Data do Óbito	66 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	Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Difteria	Sinan NET	SVS 09/06/2006