

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

|              |   |  |   |                          |   |                             |
|--------------|---|--|---|--------------------------|---|-----------------------------|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação                            |   | 2 - Individual           |   |                             |
|              | 2 | Agravado/doença                                |   | Código (CID10)           | 3 | Data da Notificação         |
|              |   | <b>FEBRE AMARELA</b>                           |   | A 9 5.9                  |   |                             |
|              | 4 | UF   | 5 | Município de Notificação |   | 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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | 12          | Gestante  |                   |  |
|                        | 13 | Raça/Cor             |    | 1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre   |             | 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado |                   |  |
|                        | 14 | Escolaridade         |    |  |             |   | 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         |    | 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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado |               | 30     |          |             |

**Dados Complementares do Caso**

|          |    |                      |  |    |          |  |  |
|----------|----|----------------------|--|----|----------|--|--|
| Ocupação | 31 | Data da Investigação |  | 32 | Ocupação |  |  |
|----------|----|----------------------|--|----|----------|--|--|

|                              |    |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|
| Antecedentes Epidemiológicos | 33 | Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias |  |  |  |  |  |
|                              |    | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado  |  | <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.)<br><input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos<br><input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente) |  |  |  |

|                              |    |                               |  |                        |    |                       |  |        |    |
|------------------------------|----|-------------------------------|--|------------------------|----|-----------------------|--|--------|----|
| Antecedentes Epidemiológicos | 34 | Vacinado Contra Febre Amarela |  | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 35 | Caso Afirmativo, Data |  | 36     | UF |
|                              | 37 | Município                     |  | Código (IBGE)          | 38 | Unidade de Saúde      |  | Código |    |

|                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dados Clínicos | 39 | Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado   |  |  | <input type="checkbox"/> Dor abdominal<br><input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta) |  |  |  |  |
|                |    | <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)<br><input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria) |  |  |  |  |  |  |  |

|             |    |                         |  |                        |    |                    |  |        |    |
|-------------|----|-------------------------|--|------------------------|----|--------------------|--|--------|----|
| Atendimento | 40 | Ocorreu Hospitalização? |  | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 41 | Data da Internação |  | 42     | UF |
|             | 43 | Município               |  | Código (IBGE)          | 44 | Unidade de Saúde   |  | Código |    |

|                      |    |  |  |                    |  |                                |  |                    |  |
|----------------------|----|--|--|--------------------|--|--------------------------------|--|--------------------|--|
| Dados do Laboratório | 45 | Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta) |  |                    |  |                                |  |                    |  |
|                      |    | Bilirrubina Total _____ mg/dl  |  | AST (TGO) _____ UI |  | Bilirrubina Direta _____ mg/dl |  | ALT (TGP) _____ UI |  |

**Exame Sorológico (IgM)**

**46** Data da Coleta (1ª Amostra)  **47** Resultado da 1ª amostra   
1 - Reagente 2 - Não Reagente  
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

**48** Data da Coleta (2ª Amostra)  **49** Resultado da 2ª amostra   
1 - Reagente 2 - Não Reagente  
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

**Isolamento Viral**

**50** Material Coletado   
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**51** Data da Coleta

**52** Resultado do isolamento   
1 - Reagente 2 - Não Reagente  
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**Histopatologia**

**53** Resultado   
1 - Compatível 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**Imunohistoquímica**

**54** Resultado   
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**RT-PCR**

**55** Data da Coleta

**56** Resultado   
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**57** Classificação Final   
1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana  
3 - Descartado (especificar \_\_\_\_\_)

**58** Critério de Confirmação/Descarte   
1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

**Local Provável de Infecção**

**59** Caso autóctone do município de residência   
1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

**60** UF  **61** País

**62** Município  Código (IBGE)

**63** Distrito

**64** Bairro

**65** Localidade

**66** Doença Relacionada ao Trabalho   
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**67** Atividade desenvolvida no local provável de infecção   
1 - Trabalho 2 - Turismo 3 - Lazer 9 - Ignorado

**68** Evolução do Caso   
1 - Cura 2 - Óbito por febre amarela 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

**69** Data do Óbito

**70** Data do Encerramento

**Informações complementares e observações**

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

| Data | UF | MUNICÍPIO | País | Meio de Transporte |
|------|----|-----------|------|--------------------|
|      |    |           |      |                    |
|      |    |           |      |                    |
|      |    |           |      |                    |

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

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura