

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papuloso ou manifestações hemorrágicas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação				
	Febre Maculosa / Rickettsioses		A 77.9							
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7		Data dos Primeiros Sintomas			
	8	Nome do Paciente			9			Data de Nascimento		
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		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 a 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	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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	

**Dados Complementares do Caso**

Dados Clínicos	31	Data da Investigação	32	Ocupação			
	33				Sinais e Sintomas		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaléia	<input type="checkbox"/>	Dor Abdominal	<input type="checkbox"/>	Mialgia
<input type="checkbox"/>	Náusea/Vômito	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Diarréia	<input type="checkbox"/>	Icterícia
<input type="checkbox"/>	Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia/Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Manifestações hemorrágicas
<input type="checkbox"/>	Linfadenopatia	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Necrose de extremidades	<input type="checkbox"/>	Prostração
<input type="checkbox"/>	Choque/Hipotensão	<input type="checkbox"/>	Estupor/Coma	<input type="checkbox"/>	Sufusão hemorrágica	<input type="checkbox"/>	Alterações Respiratórias
<input type="checkbox"/>	Oligúria/Anúria	<input type="checkbox"/>	Outros: _____				

**Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)**

Epidemiologia	34	Teve contato com animais?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	<input type="checkbox"/>		Carrapato	<input type="checkbox"/>	Capivara	<input type="checkbox"/>	Cão/Gato	<input type="checkbox"/>	Bovinos	<input type="checkbox"/>	Equinos	<input type="checkbox"/>
35		Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc.			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Tratamento	36	Ocorreu Hospitalização		1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	37	Data da Internação	38	Data da Alta	39	UF			
40		Município do Hospital	Código (IBGE)		41		Nome do Hospital	Código	

