

CASO SUSPEITO: Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarréia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia (baço aumentado de volume).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 1 - Individual 2 - Individual

2 Agravado/doença **FEBRE TIFÓIDE** Código (CID10) **A 0 1 . 0** 3 Data da Notificação

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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorada 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 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 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Clínico-Epidemiológicos

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outros Estados/Municípios 7 - Outros: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado

34 Nome do Contato 35 (DDD) Telefone

36 Sugestão de Vínculo com: 1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento suspeito 4 - Deslocamento 5 - Outros _____ 9 - Ignorado

37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assintomático Febre Cefaléia Diarréia Constipação Astenia Tosse Esplenomegalia Roséola Tífica Náuseas Vômitos Dor Abdominal Dissociação pulso-temperatura

38 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Enterorragia Perfurações Intestinais Outras _____

Atendimento

39 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado 40 Data do Atendimento 41 UF

42 Município do Hospital Código (IBGE) 43 Nome do Hospital Código

Lab.

44 Material Coletado 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Sangue Fezes Urina 45 Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

