

CASO SUSPEITO (área não endêmica): Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

| | | | | | | | |
|--------------|--|---------------------|--------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|--|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | |
| | 2 | Agravado/doença | | Código (CID10) | 3 | Data da Notificação | |
| | MALÁRIA | | B 5 4 | | | | |
| 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 | | | |
| | 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 | | 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 | | 30 | | País (se residente fora do Brasil) | |
| | 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | | | | | | | | | | |

Dados Complementares do Caso

| | | | | | | | | | | | |
|---|----|--|--|--------------------------------------|----------|----|----------------|--|----|-----------|--|
| Atendimento Epidemiológico | 31 | Data da Investigação | | 32 | Ocupação | | | | | | |
| | 33 | Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: | | | | 34 | Tipo de lâmina | | 35 | Sintomas: | |
| 1 - Agricultura 2 - Pecuária 3 - Doméstica 4 - Turismo 5 - Garimpagem 6 - Exploração vegetal 7 - Caça/pesca 8 - const. estrad. barragens 9 - Mineração 10 - Viajante 11 - Outros 12 - Motorista 99 - Ignorado | | 1 - BP 2 - BA 3 - LVC | | 1 - Com sintomas 2 - Sem sintomas | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------------------------|--|---|---------------------|--|----|---------------------------------|--|
| Dados do Exame | 36 | Data do Exame: | | 37 | Resultado do Exame: | | 38 | Parasitas por mm ³ : | |
| | 1 - Negativo; 2 - F; 3 - F+FG; 4 - V; 5 - F+V; 6 - V+FG; 7 - FG; 8 - M; 9 - F+M; 10 - O | | | | | | | | |
| 39 | | Parasitemia em "cruzes".: | | 1 - < +/2 (menor que meia cruz); 2 - +/2 (meia cruz); 3 - + (uma cruz); 4 - ++ (duas cruzes); 5 - +++ (três cruzes); 6 - ++++ (quatro cruzes) | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|---|---|--|----|----------------------------|--|
| Tratamento | 40 | Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária | | 41 | Data Início do Tratamento: | |
| | 1 - Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2 - Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3 - Infecções mistas por Pv + Pf com Mefloquina em dose única e primaquina em 7 dias; 4 - Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5 - Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6 - Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7 - Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8 - Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e dose única de Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º dia; 9 - Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10 - Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11 - Malária grave e complicada 12 - Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrina em 3 dias 99 - Outro esquema utilizado (por médico) - descrever: | | | | | |

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| Conclusão | 42 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado | | |
| | Local Provável da Fonte de Infecção | | |
| | 43 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | 44 UF provável de infecção <input type="text"/> | 45 País provável de infecção <input type="text"/> |
| | 46 Município provável da infecção: | Código (IBGE) <input type="text"/> | 47 Distrito <input type="text"/> |
| | 48 Bairro <input type="text"/> | 49 Localidade provável da infecção: <input type="text"/> | 50 Data de Encerramento <input type="text"/> |

Observações adicionais:

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------|---------------|--------------------|--|
| SMS-UF Município | Nome do Paciente: | | Idade: | Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino |
| | Nº da notificação | Data do exame | Resultado do exame | Matricula e nome do examinador: |

Malária Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente Sinan NET SVS 01/01/2010