

# SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

### FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

**Caso suspeito de dengue:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

**Caso suspeito de Chikungunya:** febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>	
	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 I - Ignorado	12	Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 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	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 clínicos e laboratoriais

Inv.	31	Data da Investigação	32	Ocupação
------	----	----------------------	----	----------

Dados clínicos	33		Sinais clínicos	1-Sim 2- Não										
	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Vômito	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Petéquias	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva
	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	Artralgia intensa	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	Dor retroorbital
	34		Doenças pré-existentes	1-Sim 2- Não 9-Ignorado										
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatopatias	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Doenças auto-imunes							
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas	<input type="checkbox"/>	Doença renal crônica	<input type="checkbox"/>	Doença ácido-péptica									

Dados laboratoriais	35		Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36		Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37		Exame PRNT	Data da Coleta	38		Resultado	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		
	39		Data da Coleta	40		Resultado	41		Data da Coleta	42		Resultado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado			
	43		Isolamento	Data da Coleta	44		Resultado	45		RT-PCR	Data da Coleta	46		Resultado	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	47		Sorotipo	48		Histopatologia	49		Imunohistoquímica	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado						
	1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado											

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	<b>Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)</b>				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento		

**Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave**

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<b>Extravasamento grave de plasma:</b>		<b>Sangramento grave:</b>	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<b>Comprometimento grave de órgãos:</b>		
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
71 Data de início dos sinais de gravidade:		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____		

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**


Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função