

# 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 Agravo/doença Código (CID10) <b>A 90 A 92</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF <b>S P</b>	5 Município de Notificação <b>São Paulo</b>			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor
	14 Escolaridade					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
Dados de Residência	20 Bairro (Dist Adm)		Bairro (reside em outro município)		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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)	
	<b>Dados clínicos e laboratoriais</b>					
	Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
33 Sinais clínicos: <b>1 - Sim 2 - Não</b>						
Dados clínicos	<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"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Artralgia intensa	<input type="checkbox"/> Leucopenia
Dados clínicos	34 Doenças pré-existentes: <b>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</b>		<input type="checkbox"/> Petéquias			
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes		
Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Teste de Neutralização por Redução de Placas PRNT Data da Coleta	
	38 Resultado IgM 1ª coleta		38 Resultado IgM 2ª coleta		38 Resultado PRNT	
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado IgM		42 Exame NS1 Data da Coleta	
	41 Resultado NS1		43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado Isolamento	
	45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado PCR		47 Sorotipo	
	48 Histopatologia		49 Imunohistoquímica			

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	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?	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito (UVIS)	61 Bairro (Dist. Administrativo)	
	62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica	
	65 Evolução do Caso	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	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<b>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</b>	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia $\geq 2$ cm	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		
	70 Dengue grave	<b>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</b>	<b>Sangramento grave:</b>	
	<b>Extravasamento grave de plasma:</b>		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente $\leq 20$ mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<b>Comprometimento grave de órgãos:</b>	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT $> 1.000$	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:	
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**


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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	Código (CID10)
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código
		7 Data dos Primeiros Sintomas
		Código (IBGE)

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)	

**Conclusão**

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	35 UF	36 País
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro		
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento		

**Informações complementares e observações**

**Observações adicionais**

---



---



---



---



---

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



**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 envetores, 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	<b>FEBRE AMARELA</b>		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) <b>A95.9</b>	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	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)	

**Dados Complementares do Caso**

Ocupação	31 Data da Investigação	32 Ocupação
Antecedentes Epidemiológicos	33 Informar os dados da investigação e entomológica (mosquitos) e de epizootias	
	<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)	
	34 Vacinado Contra Febre Amarela	35 Caso Afirmativo, Data
Dados Clínicos	36 UF	
	37 Município	38 Unidade de Saúde
	39 Sinais e Sintomas	
Atendimento	40 Ocorreu Hospitalização?	41 Data da Internação
	42 UF	
	43 Município	44 Unidade de Saúde
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)

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.)

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

**ENCEFALITE VIRAL AGUDA\***: paciente hospitalizado com alteração do estado mental (sonolência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração > 24h, acompanhada por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, crise epiléptica, sinais neurológicos focais, pleocitose líquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atribuíveis a outra causa

**MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA\***: paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinhal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior e/ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfinteriano ou disfunção erétil) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose líquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinhal, com ou sem envolvimento meníngeo associado.

**ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA\***: paciente com curso monofásico de alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeito nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexia miotática, sinais cerebelares.

**SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ\***: paciente com fraqueza bilateral e relativamente simétrica dos membros de início agudo, com ou sem comprometimento respiratório ou fraqueza de músculos inervados por nervos cranianos, além de: reflexos miotáticos reduzidos ou ausentes pelo menos nos membros acometidos e curso monofásico, com nadir entre 12h e 28 dias, seguido por platô e melhora subsequente, ou óbito.

**OUTRAS**: neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.

\*A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de PFA.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença 1-Encefalite viral aguda [A86] - 2-Mielite transversa viral aguda [G05.1] 3-Encefalomielite disseminada aguda [G05.8] - 4-Síndrome de Guillain-Barré [G61.0] 5-Outras:		Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)		CNES	
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 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 CEP	
	24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1	
Investigação	26 (DDD) Telefone		27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	28 País (se residente fora do Brasil)		29 Data da Investigação	
	30 Ocupação		31 Viagrou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	32 Caso afirmativo, data de ida		33 Caso afirmativo, data de volta	
Antecedentes Epidemiológicos	34 País destino da viagem		35 UF (se Brasil)	
	36 Município (se Brasil)		Código (IBGE)	
	37 Vacinado (*Se sim, registrar última dose): 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Influenza* Data: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Outra*: _____ <input type="checkbox"/> Febre Amarela* Data: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Data: ___/___/___			
	38 Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Outras arboviroses: _____ <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Outras doenças: _____			
39 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ___/___/___				
40 Sinais e sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Outras: _____				

**41** Manifestações neurológicas: Data do início dos primeiros sintomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**42** Sinais e sintomas      1-Sim   2-Não   9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros inferiores	<input type="checkbox"/> Simetria dos sintomas
<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Visão dupla	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Ascendente
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Fraqueza facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza cervical	<input type="checkbox"/> Arreflexia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente
<input type="checkbox"/> Crise epiléptica	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros superiores	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial
<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Outros: _____			

**43** Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias?      1-Sim   2-Não   9-Ignorado     

**44** Data da transfusão

**45** UF   **46** Município do Hospital onde realizou a transfusão      Código (IBGE)      **47** Nome do Hospital onde realizou transfusão

**48** Histórico de exposição / antecedentes patológicos      1-Sim   2-Não   9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a equídeos	<input type="checkbox"/> Passado de câncer
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Exposição a carrapatos	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança

**49** Fez uso de imunoglobulina?      1-Sim   2-Não   3-Não se aplica     

**50** Data do início do uso da imunoglobulina

**51** Registrar o 1º Hemograma

Hto \_\_\_\_\_%      Hb \_\_\_\_\_g/dl      Leucócitos \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>

Neutrófilos \_\_\_\_\_%      Linfócitos \_\_\_\_\_%      Plaquetas \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>

**52** Data do Hemograma

**53** Punção lombar     

1-Sim   2-Não   9-Ignorado

**54** Data da punção

**55** Aspecto do líquido

1-Límpido   2-Purulento   3-Hemorrágico  
4-Turvo   5-Xantocrômico   6-Outro   9-Ignorado     

**56** Citobioquímica (Resultado LCR)

Hemácias \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>      Leucócitos \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>      Neutrófilos \_\_\_\_\_%      Glicose \_\_\_\_\_mg/dl      Proteínas \_\_\_\_\_mg/dl

**57** Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico      Nº GAL: \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais:						A - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado	
Agente <sup>A</sup>	Amostras <sup>A</sup>	Data da coleta	Sorologia <sup>B</sup>	PCR <sup>C</sup>	Outra técnica*		
[ ] Zika	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG			B - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado	
	[ ] líquido		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] urina		[ ] IgM [ ] IgG				
[ ] Dengue	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] líquido		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG				
[ ] Chikungunya	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG				C - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado
	[ ] líquido		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG				
[ ] Outros - especificar:	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG			*Nome da técnica e resultado	
	[ ] líquido		[ ] IgM [ ] IgG				
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG				

**58** Data da internação

**59** Classificação final (arboviroses)      1-Provável   2-Confirmado  
3-Descartado   4-Indeterminado   9-Ignorado     

**60** Diagnóstico etiológico      **61** Classificar nível de certeza de diagnóstico da manifestação neurológica (de acordo com o campo 2)      **62** Data da alta hospitalar

1-Dengue   2-Zika      1-Nível I   2-Nível II   3-Nível III     

3-Chikungunya   4-Infecção por flavivírus     

5-Outros: \_\_\_\_\_

**63** Avaliação do grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes, no momento da alta

0-Recuperação completa, sem sequela

1-Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr

2-Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr

3-Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador

4-Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)

5-Necessita de ventilação assistida

6-Óbito

**64** Data do óbito

**65** Data do encerramento

**Observações Adicionais**

---



---



---

**Investigador**

Responsável pela investigação      Função      Telefone