

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, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Esta ficha **não deve ser utilizada** para notificação de casos de **dengue com sinais de alarme ou dengue grave (Grupos C e D)**. Neste caso, utilizar a FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA.

| | | | | |
|--------------|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravo/doença DENGUE | Código (CID10) A90 | 3 Data da Notificação |
| | 4 UF SP | 5 Município de Notificação São Paulo | 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 1-1ºTrimestre 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 | | | | |

| | | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------|
| Dados de Residência | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | |
| | 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 |

Dados clínicos e laboratoriais

| | |
|----------------|---|
| Dados clínicos | 31 Data da Investigação |
| | 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-existent 1-Sim 2- Não <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 |

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|
| Lab. | 39 Data da Coleta | | 40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | | 41 Data da Coleta | | 42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | |
| | 62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue | | 63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2-Clinico-Epidemiológico 3 - Em investigação | | 67 Data de Encerramento | | | |

Observações Adicionais

Atenção! O resultado do Teste Rápido deve ser preenchido nos campos 39 e 40 e/ou 41 e 42 desta Ficha de Notificação. Também incluir a informação do resultado neste campo de observação.

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