

A - Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus – Prontuário

Dados de Identificação

DI01. Nº SINAN: _____ **DI02.** Nº GAL: _____
DI03. Nome do paciente: _____
DI04. Data nascimento: ____/____/____ **DI05.** Idade: ____ []^D-dias, M-meses, A-anos
DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino
DI07. Nome da mãe: _____
DI08. Telefone: (____) _____
DI09. Município de residência: _____ **DI10.** UF: _____
DI11. Endereço: _____
DI12. Bairro: _____ **DI13.** Ponto de referência: _____

Dados de Internação

Preencher com dados referentes aos atendimentos até a primeira internação:

Nome do serviço	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Unidade (pronto socorro, clínicas, UTI, outros)	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)

Dados Clínicos

Preencher com dados referentes à primeira internação:

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [] Sim [] Não

DC02. Data início dos sintomas: ____/____/____

DC03. Sinais e sintomas apresentados:

[] Febre	[] Exantema	[] Dor abdominal
Data início: ____/____/____	Data início: ____/____/____	Intensidade:
Duração: ____ dias	Duração: ____ dias	[] Leve
Temperatura máxima: ____°C	Tipo exantema:	[] Moderada
	[] Pruriginoso	[] Intensa
[] Hipotermia	[] Macular	
Temperatura mínima: ____°C	[] Maculo-papular	

[] Conjuntivite seca	[] Vômitos	[] Sonolência	[] Esplenomegalia
[] Prurido	[] Calafrios	[] Irritabilidade	[] Coriza
[] Cefaleia	[] Equimose	[] Paresia	[] Tosse
[] Dor retro-orbitária	[] Epistaxe	[] Paralisia	[] Dispneia
[] Mialgia	[] Hematoma	[] Hipotensão postural	[] Dor de garganta
[] Diarreia	[] Petéquias	[] Lipotimia	[] Faringite
[] Náuseas	[] Prostração	[] Hepatomegalia	[] Linfadenopatia

- Artrite
 Tenossinovite
 Edema de membros
 Localização: Articular
 Periarticular
 Disseminado
 Dor articular
 Simetria: Simétrica
 Assimétrica

Quais as articulações acometidas:

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

Outros sinais ou sintomas, especificar: _____

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: Sim Não. Se sim, especificar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Puérpera | <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | Diagnóstico prévio de <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Asma | Vacina <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue - número de doses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Doença hematológica | |
| <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica | <input type="checkbox"/> Tabagismo | |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Etilismo | |
| <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica | |
| <input type="checkbox"/> Demência | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática | |

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: Sim Não Não informado. **DC5.1** Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? Sim Não Não informado. **DC6.1.** Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? Sim Não Não informado
Se sim, especificar (**DC8 a DC14**):

DC8. Manifestações neurológicas: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado}

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meningoencefalite | <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência |
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar | <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos |
| <input type="checkbox"/> Paresia | <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Agitação | |

DC9. Manifestações oculares: Sim Não - Se sim, especificar:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Neurite ótica | <input type="checkbox"/> Episclerite | <input type="checkbox"/> Uveíte |
| <input type="checkbox"/> Iridiociclite | <input type="checkbox"/> Retinite | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |

DC10. Manifestações dermatológicas: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado}

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível | <input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa | <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea | |

DC11. Quadro renal: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado}

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nefrite | <input type="checkbox"/> Redução do débito urinário | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina | |

DC12. Quadro hemorrágico: Sim Não - Se sim, especificar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos | <input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico) |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto | |
| <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo | |

DC13. Evoluiu para choque: Sim Não - Se sim, especificar:

- Taquicardia Extremidades frias Outros, especificar: _____
 Pulso débil ou indetectável Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$
 PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg) Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

DC14. Presença de outras complicações: Sim Não - Se sim, especificar:

- Miocardite Abortamento IG____ Icterícia
 Discrasias hemorrágicas Óbito fetal IG____ DO____ Edema agudo pulmonar
 Pneumonia Parto prematuro IG____ Infecção associada à assistência à saúde
 Insuficiência respiratória Hepatite aguda Outras, especificar: _____
 Taquidispneia Pancreatite aguda
 Gestante ou puerpera Hipoadrenalismo

Manejo Clínico

MC01. Houve remoção para UTI: Sim Não

MC01.1. Se sim, data admissão: ___/___/___

MC01.2. Data alta da UTI: ___/___/___

MC02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa: Sim Não. Se sim, especificar:

MC03. Data de início: ___/___/___

MC04. Usou por quantos dias: _____

MC05. Peso: _____ Kg

MC06. Especificar volume diário infundido:

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

MC07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Coloides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue: Sim Não - Se sim, especificar (Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais próximos da ocorrência do óbito):

*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados mais relevantes para a investigação.

Data Coleta	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hematócrito										
Hemoglobina										
Plaquetas										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Eosinófilos										
Basófilos										
Monócitos										
Linfócitos										
Bastonetes										
AST - TGO										
ALT - TGP										
Ureia										
Creatinina										
Sódio										
Potássio										
Albumina										
Fosfatase Alcalina										
Bilir. total										
Bilir. direta										
Bilir. indireta										
Internado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

LI02. Realizou punção liquórica?

Data	Aspecto
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____
__/__/____	<input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____

LI2.1. Análise bioquímica do líquido:

Data	Hemácias (mm ³)	Leucócitos (mm ³)	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

LI3. Realizou algum exame de imagem: Sim Não - Se sim, especificar:

Exame	Topografia	Data	Resultado	Se alterado, laudo
<input type="checkbox"/> Radiografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Radiografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Tomografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ressonância		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

LE01. Realizou algum exame etiológico: [] Sim [] Não - Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Outra técnica*
[] Zika	[] Soro	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Líquor	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Urina	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Vísceras	/ /	[] IHQ	[]	
[] Dengue	[] Soro	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Líquor	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Vísceras	/ /	[] IHQ	[]	
[] Chikungunya	[] Soro	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Líquor	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Vísceras	/ /	[] IHQ	[]	
[] Outro agente, especificar:	[] Soro	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Líquor	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Urina	/ /	[] IgM ²	[]	
	[] Vísceras	/ /	[] IHQ	[]	
	[] Outra	/ /			

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: [] Sim [] Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	o
	/ /	
	/ /	

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório: [] Sim [] Não - Se sim, especificar onde: _____

Dados de óbito

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

Nº DO: _____

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- I) _____
- II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: [] Sim [] Não - Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: _____

Encerramento

EN01. Encerramento: Confirmado Descartado Provável Inconclusivo Em investigação

EN02. Critério: Clínico-epidemiológico Laboratorial

EN03. Classificação: Zika Dengue Chikungunya Outros, especificar: _____

EN04. Evolução:

Cura sem sequelas Data: __/__/____

Cura com sequelas Data: __/__/____

Óbito Data: __/__/____

Observações

IN01. Data: ____/____/____

IN01. Responsável pela investigação:

Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

Há outros investigadores? Sim Não – Se sim, quais?

1. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

2. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

3. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

Dados de Identificação do Entrevistado

DI01. SINAN do caso: _____ **DI02.** Nome do entrevistado: _____

DI03. Data nascimento: ____/____/____ **DI04.** Idade: _____ []^{A-anos}

DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino **DI06.** Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____

DI07. Município de residência: _____ **DI08.** UF: _____

DI09. Endereço: _____

DI10. Ponto de referência: _____ **DI11.** Telefone: (____) _____

Assistência à Saúde

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas: ____ / ____ / ____

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febre
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____
Temperatura máxima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Cefaleia)
<input type="checkbox"/> Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)
<input type="checkbox"/> Dor no corpo (Mialgia)
<input type="checkbox"/> Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca) | <input type="checkbox"/> Manchas roxas no corpo (Equimose)
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz (Epistaxe) |
| <input type="checkbox"/> Pele fria (Hipotermia)
Temperatura mínima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor abdominal
Intensidade:
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Fraqueza (Prostração)
<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Irritabilidade
<input type="checkbox"/> Tontura quando levanta (Hipotensão postural)
<input type="checkbox"/> Desmaio (Lipotimia) |
| <input type="checkbox"/> Dor nas juntas (Dor articular)
Extensão:
<input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular)
<input type="checkbox"/> Duas ou mais (Poliarticular)
Intensidade:
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)
<input type="checkbox"/> Inchaço (Edema) de membros
Localização:
<input type="checkbox"/> Membros
<input type="checkbox"/> Corpo todo | <input type="checkbox"/> Nariz escorrendo (Coriza)
<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Falta de ar (Dispneia)
<input type="checkbox"/> Dor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha no corpo (Exantema)
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____
<input type="checkbox"/> Coceira no corpo (Prurido) | <input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Calafrios | <input type="checkbox"/> Gânglio/íngua (Linfadenopatia)
<input type="checkbox"/> Formigamento (Paresia)
<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? []

AS31. Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

Nome serviço de saúde	Município	Data atendimento	Qual foi o diagnóstico	Conduta	Foi orientado retorno?	Foi orientado a tomar líquido em casa?	Foi entregue cartão da dengue?
		/ /		[] Alta (_//_/___) [] Internação [] Transferência			
		/ /		[] Alta (_//_/___) [] Internação [] Transferência			
		/ /		[] Alta (_//_/___) [] Internação [] Transferência			
		/ /		[] Alta (_//_/___) [] Internação [] Transferência			
		/ /		[] Alta (_//_/___) [] Internação [] Transferência			

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? [] Sim [] Não [] Não sei – Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
[] Soro por boca (Reidratação oral)		/ /	/ /
[] Soro na veia (Soroterapia venosa)		/ /	/ /
[] Outros		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? [] Sim [] Não – Se sim, especificar qual (is):

AS08. Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

- | | |
|---|---|
| [] Gestante (idade gestacional ____) | [] Asma |
| [] Puérpera (dias ____) | [] Epilepsia |
| [] Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) | [] Doença no sangue (Doença hematológica) |
| [] Diabetes mellitus | [] Tabagismo |
| [] Doença renal crônica | [] Alcoolista (Etilismo) |
| [] Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) | [] Hepatite crônica |
| [] Obesidade | [] Cirrose hepática |
| [] Cardiopatia crônica | [] Doenças reumatológicas |
| [] Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC | [] Outras doenças ou condições, especificar: _____ |

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [] Sim [] Não. Se sim, especificar:

C02. Sabe o que a pessoa teve?

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

Caso tomou vacina? [] Sim [] Não

Quantas doses? _____

Tem carteira de vacinação? [] Sim [] Não

Observação

Investigação

I01. Data: ____/____/____ **I02.** Investigador: _____