

CASO SUSPEITO: Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual														
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação												
	FEBRE AMARELA		A 9 5.9															
	4	UF	5	Município de Notificação		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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor									
	14								Escolaridade									
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								
	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 Complementares do Caso																		
Ocupação	31	Data da Investigação		32		Ocupação												
Antecedentes Epidemiológicos	33	Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias																
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		☐ Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.)															
			☐ Isolamento de vírus em mosquitos															
Dados Clínicos			☐ Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)															
	34	Vacinado Contra Febre Amarela		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		35	Caso Afirmativo, Data		36	UF								
	37	Município		Código (IBGE)		38	Unidade de Saúde		Código									
Atendimento	39	Sinais e Sintomas		1-Sim 2-Não 9-Ignorado				41	Data da Internação		42	UF						
			☐ Dor abdominal								☐ Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)							
Dados do Laboratório			☐ Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)								☐ Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)							
	40	Ocorreu Hospitalização?		1-Sim 2-Não 9-Ignorado				41	Data da Internação		42	UF						
		43	Município		Código (IBGE)		44	Unidade de Saúde		Código								
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	

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura