MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº

e-SUS Notifica 02.10.2023

CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC):
Indivíduo, **sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda**, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para *T.cruzi* . (Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clinico-epidemiológico)
Obs.: não notificar casos já registrados e confirmados em fase aguda no SINAN
Mais informações no Guia de VS - https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes

Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN. Para acesso aos materiais com definição de casos, acessar: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas

	Estado (UF) de notificação:__|__	**Município de notificação**:			
	Estabelecimento de saúde:				Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__
Dados individuais - Identificação	1	**Tem CPF? (Marcar X)** |__|Sim |__|Não	2	**CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__	
	3	**Estrangeiro** (se não tiver CPF): |__|Sim |__|Não	4	**CNS**:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
	5	**(CBO) Ocupação**:			**Código (CBO)** |__|__|__|__|
	6	**Nome Completo**:			
	7	**Nome social**:			
	8	**Nome Completo da Mãe**:			
	9	**Data de nascimento**:____/____/____	10	**Idade (em anos)** (preenchida no sistema a partir do nascimento): |__|__|	
	11	**País de origem (se estrangeiro):**			
	12	**Sexo ao nascer**: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino			
	13	**Raça/Cor**: (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Parda |__|Amarela |__|Indígena|__|Ignorado	14	**Se indígena, qual a etnia?**	
	15	**Pertence a povos e comunidades tradicionais:** |_| Sim |_|Não	16	**Se sim, informe:**	
	17	**Escolaridade**: (Marcar X) |__|Nenhuma |__|EF incompleto |__|EF completo (até o 9º ano) |__|EM incompleto |__|EM completo (até o 3º ano) |__|Superior |__|Não se aplica |__|Ignorado			
Dados de Residência	18	**CEP de residência**: __|__|__|__|__ - __|__|__|			
	19	**Logradouro**:			20 **Número**:
	21	**Complemento**:			
	22	**Bairro**:	23	**Estado de residência:**	
	23	**Município de residência**:			Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
	25	**(DDD) Telefone** __|__ -__|__|__|__|__|__|__|__|__	26	**Zona:**(Marcar X) |__|Urbana |__|Rural |__| Periurbana |__|Ignorado	
	27	**País de Residência (se estrangeiro):**			

NOTIFICAÇÃO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Atendimento	28	**Data de notificação**: ____/____/____	29	**Ano provável do diagnóstico:** |__|__|__|__|	
	30	**Modo de suspeição**: (marcar x em apenas uma opção)	|__|Triagem para doador de órgãos/tecidos |__|Receptor em transplante de órgãos/tecidos |__|Banco de Sangue |__|Pré-Natal |__|Rastreamento/Busca ativa	|__|Demanda espontânea - UBS |__|Demanda espontânea - Hospital ou serviço especializado |__|Serviços de assistência em HIV/aids |__|Comitê de investigação de óbito |__|Outros_____	
	31	**Gestante**: (Marcar X) |__|1º Trimestre |__|2º Trimestre |__|3º Trimestre |__|Idade Gestacional Ignorada |__|Não |__|Não se aplica |__|Ignorado			
	32	**UF de nascimento:** __|__	33	**Município de Nascimento:**	Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
	34	**UF provável de infecção**: __|__		**Município provável de infecção:**	Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
Laboratório	35	**Nº requisição GAL**: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|			
	36	**Sorologia (IgG)** (Marcar X) ELISA - Ensaio imunoenzimático (IgG): |__|Reagente |__|Não-Reagente |__|Inconclusivo |__|Não Realizado |__|Sem informação IFI-Imunofluorescência (IgG):|__|Reagente |__|Não-Reagente |__|Inconclusivo |__|Não Realizado |__|Sem informação HAI-Hemaglutinação (IgG):|__|Reagente |__|Não-Reagente |__|Inconclusivo |__|Não Realizado |__|Sem informação Quimioluminescência: |__|Reagente |__|Não-Reagente |__|Inconclusivo |__|Não Realizado |__|Sem informação			
	37	**PCR detectável?** (Marcar X) |__|Sim |__|Não |__|Não realizado			
	38	**Outros exames positivos para DC?** |__|Sim |__| Não / **Se sim, quais?**			
Profissional Responsável:				Registro Conselho/Matrícula:__|__|__|__|__|__|__	

Observações:_____
_____
_____
_____

ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº de notificação	39	**Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação?** |__| Sim |__| Não
40	(Se 39 = não) - Informações da UBS que acompanha/ acompanhará o caso: **Estado da UBS:**_____ **Município da UBS:**_____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__| **Qual a UBS:** Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__	
41	**Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?** |__| Sim |__| Não	
42	(Se 41 = sim) - Informações do Hospital/Serviço Especializado: **Estado do Hospital/Serviço Especializado:**_____ **Município do Hospital/Serviço Especializado:**_____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__| **Qual Hospital/Serviço especializado:** Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__	
43	**Exames complementares** (marcar x) **Eletrocardiograma:** |__|Alterado |__|Normal |__|Não realizado **RX colón:** |__|Alterado |__|Normal |__|Não realizado **RX esôfago:** |__|Alterado |__|Normal |__|Não realizado **Ecocardiograma:** |__|Alterado |__|Normal |__|Não realizado **Outros:** |__|Alterado |__|Normal |__|Não realizado **Se outros, quais**_____	
44	**Comorbidades:** (marcar X) |__|HIV/aids |__|Hipertensão |__|Hepatite crônica |__|Diabetes |__|Cardiopatia de outra etiologia |__|Neoplasias/Outras condições de imunossupressão |__| Leishmanioses |__|Outras_____	
45	**Forma clínica:** (marcar X) |__|Indeterminada |__|Digestiva |__|Cardíaca leve/moderada |__|Cardiodigestiva |__|Cardíaca avançada |__|Em investigação	46 **Ocorreu episódio de reativação (reagudização)?** |__| Sim |__|Não
47	**Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol?** (marcar X) |__| Sim |__|Não	
48	**Prescrições atuais - Tratamento Específico:** **Total de comprimidos** **nº dias de TTº** 1ªLinha: Benznidazol (BNZ): |__| Sim |__|Não BNZ: |__|__|__|__| BNZ:|__|__|__| 2ª Linha: Nifurtimox (NFX) : |__| Sim |__|Não NFX: |__|__|__|__| NFX:|__|__|__|	
49	**Apresentou reações adversas ao BNZ?** *(marcar x)* |__|Sem reações|__|Dermopatia leve/moderada |__|Dermopatia grave |__|Ageusia |__|Parestesias |__|Depressão medula óssea |__|Intolerância gastrointestinal |__|Artralgias |__|Outras_____	
50	**Apresentou reações adversas ao NFX?** *(marcar x)* |__|Sem reações|__|Dermopatia leve/moderada |__|Dermopatia grave |__|Ageusia |__|Parestesias |__|Depressão medula óssea |__|Intolerância gastrointestinal |__|Artralgias |__|Outras_____	
51	**Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas:** |__|__|	
52	**Realizada busca ativa?** |__| Sim |__|Não (se sim, preencher campos 53-55) →	53 **Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas**:|__|__| Se sem informação (marcar x) →[ ] 54 **Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa**: |__|__| / Sem inf [ ] 55 **Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa** |__|__| / Sem inf [ ]
56	**Transferência de residência?** |__|Sim|__|Não **Novo Estado de residência:** |__|__| **Novo Município de Residência:**_____Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|	
57	**Mudança de UBS de acompanhamento?** |__|Sim|__|Não **UF da nova UBS**___|___ **Município da nova UBS:**_____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__| **Nova UBS:** Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__	
58	**Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?** |__|Sim|__|Não **Estado do novo Ambulatório Especializado ou Hospital:** |__|__| **Município:** _____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__| **Nova unidade de acompanhamento:** Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__	
59	**Situação de encerramento:** (marcar X) |__|Permanece em acompanhamento clínico |__|Abandono |__|Óbito por D. Chagas |__|Cancelado/Excluir |__|Óbito por outras causas	60 **Data do Óbito:** ____/____/_____ 61 **Data do Encerramento:** ____/____/_____
Profissional Responsável:	Registro Conselho/Matrícula:__|__|__|__|__|__|__	

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº

e-SUS Notifica 02.10.2023

Busca ativa

Informações prévias à busca ativa – Familiares (vivos) já com doença de Chagas

Notificação caso índice	**Nome familiar**	**Parentesco** *Sogro (a)* *Pai* *Mãe* *Marido/Mulher* *Irmão (ã)* *Cunhado (a)* *Filho (a)* *Filho (a) recém-nascido* *Enteado (a)* *Sobrinho (a)* *Vô (ó)* *Tio (a)* *Primo (a)*
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		

Monitoramento de Busca ativa pós notificação

Notificação caso índice	**Nome familiar**	**Parentesco** *Sogro (a)* *Pai* *Mãe* *Marido/Mulher* *Irmão (ã)* *Cunhado (a)* *Filho (a)* *Filho (a) recém-nascido* *Enteado (a)* *Sobrinho (a)* *Vô (ó)* *Tio (a)* *Primo (a)*	**CPF**	**Confirmado para Chagas**	**Nº Notificação se confirmado** No caso de Filho (a) recém-nascido, ele (a) já deve ser inserido como suspeito de fase aguda no SINAN
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	
Preenchimento automático				|__|Sim|__|Não	