

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Dados da Notificação	UF da notificação	Município da notificação	Código IBGE
	Código CNES	Estabelecimento de saúde	
Dados de Identificação	1 Data da notificação	2 Cadastro de Pessoa Física (CPF)	3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS)
	4 É estrangeiro (a)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	5 Se sim, passaporte	6 País de nascimento
	7 Nome completo (sem abreviações)		8 Nome social
	9 Nome completo da mãe (sem abreviações)		10 Data de nascimento
	11 Idade <input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 3. Mês <input type="checkbox"/> 4. Ano	12 Sexo ao nascimento <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
	13 Orientação sexual <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	14 Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	16 Se Indígena, qual etnia? _____		
	17 Se Indígena, vive aldeado? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	18 Nome do distrito sanitário especial _____		
	19 Nome do polo base _____		
	20 Nome da aldeia _____		
	21 É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____		
	23 Gestante <input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	24 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	25 Ocupação		Código (CBO)
	26 Atividade econômica		Código (CNAE)
	27 Pessoa em situação de rua? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		28 Profissional de saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
29 Pessoa privada de liberdade? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		30 Pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
31 CEP de residência	32 UF de residência	33 Município de residência	
34 Bairro	35 Logradouro	36 Número	
37 Complemento		38 Telefone de contato	
39 Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		40 País de residência	

41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. _____ CID: _____
 2. _____ CID: _____

42 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

MedDRA - Ilt	Código LLT	MedDRA - Ilt	Código LLT	MedDRA - Ilt	Código LLT
<input type="checkbox"/> Assintomático	00000001	<input type="checkbox"/> Dor retro-orbital	10050741	<input type="checkbox"/> Meningismo	10027197
<input type="checkbox"/> Abscesso	10000269	<input type="checkbox"/> Dor torácica	10008461	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	10027282
<input type="checkbox"/> Adenite	10001137	<input type="checkbox"/> Edema	10014210	<input type="checkbox"/> Mialgia	10028411
<input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral	10000374	<input type="checkbox"/> Edema facial	10014222	<input type="checkbox"/> Mialgia agravada	10048317
<input type="checkbox"/> Adenomegalia	10063721	<input type="checkbox"/> Edema no pescoço	10028834	<input type="checkbox"/> Microcefalia	10027534
<input type="checkbox"/> Aerofobia	10080300	<input type="checkbox"/> Edema nos membros	10060442	<input type="checkbox"/> Mielopatia	10028570
<input type="checkbox"/> Afonia	10002953	<input type="checkbox"/> Edema peniano	10066774	<input type="checkbox"/> Miocardite	10028606
<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	10056436	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo	10001024	<input type="checkbox"/> Movimentos anormais	10028039
<input type="checkbox"/> Agressividade	10001494	<input type="checkbox"/> Enterorragia	10077615	<input type="checkbox"/> Movimentos reduzidos	10028045
<input type="checkbox"/> Anemia	10002034	<input type="checkbox"/> Epistaxe	10015090	<input type="checkbox"/> Náusea	10028813
<input type="checkbox"/> Anemia hemolítica	10002045	<input type="checkbox"/> Equimose	10014080	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	10059385
<input type="checkbox"/> Anorexia	10002646	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea	10040841	<input type="checkbox"/> Necrose isquêmica da pele	10074873
<input type="checkbox"/> Ansiedade	10002855	<input type="checkbox"/> Escarro sanguinolento	10041804	<input type="checkbox"/> Oligúria	10030302
<input type="checkbox"/> Anúria	10002847	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	10041660	<input type="checkbox"/> Opistótono	10030898
<input type="checkbox"/> Apnéia	10002972	<input type="checkbox"/> Estresse	10042209	<input type="checkbox"/> Osteocondrite	10031230
<input type="checkbox"/> Arreflexia	10003084	<input type="checkbox"/> Estupor	10042264	<input type="checkbox"/> Osteonecrose	10031264
<input type="checkbox"/> Arritmia	10003119	<input type="checkbox"/> Exantema	10015585	<input type="checkbox"/> Palidez	10033546
<input type="checkbox"/> Artralgia	10003239	<input type="checkbox"/> Febre	10016558	<input type="checkbox"/> Paralisia	10033558
<input type="checkbox"/> Artrite	10003246	<input type="checkbox"/> Febre intermitente	10058698	<input type="checkbox"/> Parestesia	10033775
<input type="checkbox"/> Astenia	10003549	<input type="checkbox"/> Febre recorrente	10038300	<input type="checkbox"/> Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir	10086396
<input type="checkbox"/> Ataxia	10003591	<input type="checkbox"/> Fontanela aumentada	10054068	<input type="checkbox"/> Peso diminuído	10047895
<input type="checkbox"/> Aumento do fígado	10024676	<input type="checkbox"/> Força muscular anormal	10082799	<input type="checkbox"/> Petéquia	10034752
<input type="checkbox"/> Baço aumentado	10041637	<input type="checkbox"/> Fossossibilidade	10034966	<input type="checkbox"/> Porcentagem de reticulócitos aumentada	10059920
<input type="checkbox"/> Bexiga neurogênica	10029279	<input type="checkbox"/> Fraqueza	10047862	<input type="checkbox"/> Proctite	10036774
<input type="checkbox"/> Bilirrubina indireta aumentada	10021709	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular	10028350	<input type="checkbox"/> Prostração	10036985
<input type="checkbox"/> Boca seca	10013781	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular do pescoço	10078993	<input type="checkbox"/> Pseudoparalisia	10056300
<input type="checkbox"/> Bubões	10006519	<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca diminuída	10019301	<input type="checkbox"/> Pulso irregular	10022994
<input type="checkbox"/> Calafrios	10008531	<input type="checkbox"/> Gânglios inchados	10042720	<input type="checkbox"/> Pulso rápido	10037484
<input type="checkbox"/> Cansaço	10043890	<input type="checkbox"/> Glaucoma congênito	10010486	<input type="checkbox"/> Púrpura	10037549
<input type="checkbox"/> Catarata	10007739	<input type="checkbox"/> Hematêmese	10018830	<input type="checkbox"/> Priapismo	10036661
<input type="checkbox"/> Cefaléia	10019211	<input type="checkbox"/> Hematúria	10018867	<input type="checkbox"/> Prurido	10037087
<input type="checkbox"/> Celulite	10065339	<input type="checkbox"/> Hemoglobina baixa	10018889	<input type="checkbox"/> Queimação nos olhos	10006777
<input type="checkbox"/> Choque	10040560	<input type="checkbox"/> Hemoglobina S aumentada	10018895	<input type="checkbox"/> Retardo psicomotor	10037213
<input type="checkbox"/> Choro neonatal anormal	10049455	<input type="checkbox"/> Hemoptise	10018964	<input type="checkbox"/> Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
<input type="checkbox"/> Cianose	10011703	<input type="checkbox"/> Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	10000090
<input type="checkbox"/> Coma	10010071	<input type="checkbox"/> Hemorragia anal	10049555	<input type="checkbox"/> Rigidez da nuca	10058483
<input type="checkbox"/> Confusão mental	10027350	<input type="checkbox"/> Hemorragia do sistema nervoso central	10072043	<input type="checkbox"/> Rigidez dos membros	10024509
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	10010675	<input type="checkbox"/> Hemorragia gengival	10019544	<input type="checkbox"/> Rinite infecciosa	10059827
<input type="checkbox"/> Conjuntivite	10010741	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	10019582	<input type="checkbox"/> Rouquidão	10020201
<input type="checkbox"/> Consciência diminuída	10010768	<input type="checkbox"/> Hepatite por toxoplasma	10019798	<input type="checkbox"/> Riso sardônico	10039198
<input type="checkbox"/> Constipação	10010774	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	10019847	<input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio diminuída	10033318
<input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias	10028293	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	10019842	<input type="checkbox"/> Sequestro esplênico	10063715
<input type="checkbox"/> Contratura muscular	10062575	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	10053317	<input type="checkbox"/> Sinal de kernig	10056294
<input type="checkbox"/> Convulsão	10010904	<input type="checkbox"/> Hiperemia	10020565	<input type="checkbox"/> Sinal de Romana	10077073
<input type="checkbox"/> Coriza	10011214	<input type="checkbox"/> Hipotensão	10021097	<input type="checkbox"/> Síndrome da angústia respiratória do adulto	10001409
<input type="checkbox"/> Corrimento genital	10016810	<input type="checkbox"/> Hipotonia	10021118	<input type="checkbox"/> Síndrome torácica aguda	10051895
<input type="checkbox"/> Crise vaso-oclusiva	10072397	<input type="checkbox"/> Humor alterado	10001850	<input type="checkbox"/> Síndrome de úlcera genital	10078121
<input type="checkbox"/> Cultura bacteriana positiva	10058588	<input type="checkbox"/> ICC	10007836	<input type="checkbox"/> Sintoma respiratório	10075535
<input type="checkbox"/> Dermatite	10012431	<input type="checkbox"/> Icterícia	10021207	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos	10029291
<input type="checkbox"/> Desidrogenase láctica aumentada	10023679	<input type="checkbox"/> Impetigo	10021531	<input type="checkbox"/> Sofrimento emocional	10049119
<input type="checkbox"/> Diarréia	10012727	<input type="checkbox"/> Infecção broncopulmonar	10052110	<input type="checkbox"/> Sonolência	10013649
<input type="checkbox"/> Diplopia	10013036	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	10046544	<input type="checkbox"/> Sudorese	10067146
<input type="checkbox"/> Disartria	10013887	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	10007554	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	10070284
<input type="checkbox"/> Disfagia	10013950	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	10022467	<input type="checkbox"/> Temperatura alta	10020083
<input type="checkbox"/> Disfasia	10013951	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	10016162	<input type="checkbox"/> Temperatura corporal diminuída	10005910
<input type="checkbox"/> Disfonia	10013952	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória aguda	10001053	<input type="checkbox"/> Tontura	10018263
<input type="checkbox"/> Dispneia	10013963	<input type="checkbox"/> Letargia	10024264	<input type="checkbox"/> Tosse	10011224
<input type="checkbox"/> Distonia	10013983	<input type="checkbox"/> Lesão anal	10054852	<input type="checkbox"/> Tosse paroxística	10066222
<input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico	10019009	<input type="checkbox"/> Lesão cutânea	10040882	<input type="checkbox"/> Tosse seca	10013773
<input type="checkbox"/> Dor	10000424	<input type="checkbox"/> Lesão da pele	10061364	<input type="checkbox"/> Trismo	10024793
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	10000081	<input type="checkbox"/> Lesão genital	10063630	<input type="checkbox"/> Ulceração venosa	10047260
<input type="checkbox"/> Dor corporal geral	10048971	<input type="checkbox"/> Lesão oral	10059037	<input type="checkbox"/> Uretrite	10046480
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	10041367	<input type="checkbox"/> Leucopenia	10024283	<input type="checkbox"/> Uveíte	10046851
<input type="checkbox"/> Dor generalizada	10018074	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	10025197	<input type="checkbox"/> Vertigem	10047340
<input type="checkbox"/> Dor lombar	10024798	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia axilar	10049109	<input type="checkbox"/> Verrugas anogenitais	10059313
<input type="checkbox"/> Dor muscular	10028287	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	10069548	<input type="checkbox"/> Visão turva	10005886
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	10007031	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia inguinal	10025203	<input type="checkbox"/> Vômito	10047700
<input type="checkbox"/> Dor nas costas	10003978	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia cervical	10025200	<input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos	10013996
<input type="checkbox"/> Dor nas costas aguda	10000683	<input type="checkbox"/> Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco	10018094	<input type="checkbox"/> Outro, especifique:	00000002
<input type="checkbox"/> Dor no peito	10000425	<input type="checkbox"/> Melena	10027141		
<input type="checkbox"/> Dor ocular	10015958				

Dados clínicos
iniciais

43 Data de início dos sintomas ____ | ____ | ____

44 Doenças/agravos relacionados ao trabalho 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

45 Doenças/agravos relacionados ao desastre 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

46 Data da investigação ____ | ____ | ____

47 Classificação final 1. Confirmado 2. Descartado

48 Critério de confirmação/descarte 1. Laboratorial 2. Clínico-epidemiológico

49 O caso é autóctone do município de residência? 1. Sim 2. Não 3. Indeterminado

50 País do local provável de infecção

51 UF do local provável de infecção ____ | ____

52 Município do local provável de infecção

Código IBGE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

53 Bairro do local provável de infecção

54 Evolução do caso 1. Cura 2. Óbito pelo agravo notificado 3. Óbito por outras causas 9. Ignorado

55 Data do óbito ____ | ____ | ____

56 Data de conclusão ____ | ____ | ____

Conclusão do caso

Observações

Observações

FICHA DE INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR DA
ESPOROTRICOSE HUMANA

Fonte de Infecção

57 Modo de transmissão

1. Mordedura 3. Lamedura 5. Trauma na manipulação de terra/solo/jardim/plantas

2. Arranhadura 4. Espirro 6. Outras exposições 9. Ignorado

58 Transmissão Zoonótica

1. Felino doméstico próprio 3. Felino sem especificação 5. Morto ou desaparecido 9. Ignorado

2. Felino doméstico vizinho 4. Outros animais especifique: _____

59 Situação do animal

1. Positivo para Esporotricose 3. Suspeito não testado 9. Ignorado

2. Negativo para Esporotricose 4. Saudável

60 Notificação animal 1. Sim 2. Não

61 Como o animal foi notificado?

1. SINANET como "Epizootia" 3. Planilha

2. Formulário próprio 4. Outros

62 N° da notificação do animal

Dados do Atendimento do Paciente

63 Data do atendimento _____

64 Investigação clínica

1. Caso novo 3. Reinfecção 9. Ignorado

2. Recidiva 4. Retorno após interrupção do tratamento

65 Apresentação clínica da lesão do paciente

1. Cutâneo localizado ou fixo 4. Inoculações múltiplas 7. Extracutâneo

2. Cutâneo linfático ou linfocutânea 5. Mucosa ocular 8. Disseminado (outros órgãos) 10. Lesão compatível com Esporotricose:

3. Cutâneo disseminado 6. Mucosa oral 9. Ignorado 10A. Sim 10B. Não

66 Local da lesão

1. Mãos 3. MMI 5. Tronco

2. Pés 4. MMS 6. Pescoço ou cabeça

67 Notificação de atendimento antirrábico

1. Sim - Especificar N° SINAN: _____ 2. Não

68 Comorbidades

1. Ausente 3. Doença renal 5. Doença hepática 7. Etilismo 9. Ignorado

2. HIV/AIDS 4. Doença cardíaca 6. Diabetes mellitus 8. Outros

69 Outras comorbidade(s)

70 Foi encaminhado para a Unidade de Referência

1. Sim 2. Não

Atendimento na Unidade de Referência

71 Unidade de Referência _____

CNES: _____

72 Data do atendimento _____

73 Motivo do encaminhamento

1. Não respondeu ao tratamento 3. Reinfecção

2. Recidiva 4. Avaliação dermatológica

74 Apresentação clínica da lesão do paciente

1. Cutâneo localizado ou fixo 4. Inoculações múltiplas 7. Extracutâneo

2. Cutâneo linfático ou linfocutânea 5. Mucosa ocular 8. Disseminado (outros órgãos) 10. Lesão compatível com Esporotricose:

3. Cutâneo disseminado 6. Mucosa oral 9. Ignorado 10A. Sim 10B. Não

75 Local da lesão

1. Mãos 3. MMI 5. Tronco

2. Pés 4. MMS 6. Pescoço ou cabeça

76 Comorbidades

1. Ausente 3. Doença renal 5. Doença hepática 7. Etilismo

2. HIV/AIDS 4. Doença cardíaca 6. Diabetes mellitus 8. Outros 9. Ignorado

77 Outras comorbidade(s)

78 Houve alteração da forma clínica

1. Sim - Especifique: _____ 2. Não

79 Necessidade outras especialidades

1. Sim 2. Não

Diagnóstico laboratorial

80 Houve coleta de amostra humana? 1. Sim 2. Não

81 Data da coleta _____

82 Exames solicitados

1. Exame citológico/micológico direto 4. Teste rápido para Sporothrix

2. Cultura direta 5. Sorologia

3. Histopatologia 6. Não realizado 9. Ignorado

83 Resultado dos exames

1. Positivo/Confirmado 3. Inconclusivo 5. Não realizado

2. Negativo/Descartado 4. Em andamento 6. Positivo para outro fungo 9. Ignorado

Tratamento

84 Iniciou o tratamento:

1. Sim, após a coleta 2. Sim, antes da coleta 3. Não realizado 9. Ignorado

85 Esquema terapêutico prescrito

1. Itraconazol 4. Fluconazol 7. Criciografia 86 Dose total administrada (mg ou g)

2. Terbinafina 5. Anfotericina B desoxicolato 5mg 8. Drenagem de abscessos

3. Iodeto de potássio solução aquosa 0,07g/gota 6. Termoterapia

Tratamento

87 Tempo previsto de tratamento (dias ou meses) _____ 88 Data início tratamento _____ 89 Data término tratamento _____

90 Foi alterado conduta terapêutica
 1. Sim - Especifique: _____ 2. Não

Acompanhamento

91 Consulta médica de acompanhamento Data: _____ Nome da unidade: _____

91 Consulta médica de acompanhamento Data: _____ Nome da unidade: _____

Hospitalização

92 Houve hospitalização?
 1. Sim 2. Sim, aplicação medicamento 3. Não 9. Ignorado

93 Nome do hospital _____ 94 Código CNES _____

95 Data internação _____ 96 Motivo da internação _____ 97 Data alta _____

EVOLUÇÃO

98 EVOLUÇÃO
 1. Cura 2. Abandono do tratamento 3. Óbito pelo agravo 4. Óbito por outras causas 5. Interrupção tratamento 9. Ignorado

Observações

Observações

Observações