

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE LESÕES CUTÂNEAS A ESCLARECER

Definição de caso: indivíduo, independentemente da idade, com quadro de lesões cutâneas e de prurido, acompanhado ou não de lesões na mucosa orofaríngea ou dor de garganta ou diarreia ou febre ou outro sintoma iniciado a partir de 1 de outubro de 2021.

ID ficha: ____ Data da Notificação: ____/____/____ Unidade notificadora: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ CPF: ____-____-____/____-____

Ocupação: _____ Frequenta creche/escola: Sim Não

Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	---

Telefone de contato: _____ Município de residência: _____

Logradouro de Residência : _____ Número: _____

Bairro de residência: _____ CEP: _____

Complemento de Residência : _____

Logradouro do trabalho/escola/creche: _____ Bairro: _____

Município do trabalho/escola/creche: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Data do início dos sintomas: ____/____/____

Sintomas: (Marcar X, deixar em branco em caso de ausência)

<input type="checkbox"/> Febre Data de início: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Prurido Se sim, há piora à noite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> lesões cutâneas/exantema	<input type="checkbox"/> Dor retroorbitária (dor atrás dos olhos) <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça (cefaléia)
<input type="checkbox"/> Mialgia (dor muscular)	<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Fadiga/prostração
<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos vermelhos/irritação)	<input type="checkbox"/> Dispnéia/desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Lesão de mucosa orofaríngea

Outros: _____

Evolução da manifestação das lesões cutâneas: (Numerar na ordem crescente de acordo com o surgimento dos sintomas, deixar em branco em caso de ausência)

Membros superiores Palma das mãos Abdome Dorso genitais axilas
 Cabeça Pescoço Membros inferiores Planta dos pés entre os dedos

Teve contato com casos similares antes do início dos sintomas?	Tem mais casos similares no domicílio?
Domicílio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Escola/creche <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____	Se sim, quantos casos? _____
Trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data: ____/____/____	
Outro: _____ Data: ____/____/____	

Teve diagnóstico médico ou laboratorial de arboviroses este ano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____ E quando? _____	Há presença de mata no entorno do domicílio/trabalho/escola/creche? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lembra de ter sido picado, nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual local? _____
--	---	--

Informações complementares: Historico (últimos 15 dias), exames laboratoriais complementares, etc...

Nome do notificador: _____