

B- Investigação de óbitos suspeitos por arboviroses - dengue, chikungunya e zika - UNIDADE DE SAÚDE

Dados de Identificação

DI.01. Nº SINAN: _____ DI.02. Nº GAL: _____

DI.03. Nome do paciente: _____

DI.04. Data nascimento: ___/___/___ DI.05. Idade: _____ [] ^{D-dias, M-meses, A-anos} DI.06. Sexo: [] Masc [] Fem

DI.07. Nome da mãe: _____

DI.08. Endereço: _____ DI.09. Bairro: _____

DI.10. Município de residência: _____ DI.11. UF: _____

DI.12. Telefone para contato () _____ DI.13. Ponto de referência: _____

Dados de atendimento/Internação

IT.01. Nome do serviço de saúde: _____

IT.02. Município do serviço de saúde: _____

IT.03. Tipo de Atendimento: [] Ambulatorial [] Internação IT.04. Data de dmissão: ___/___/___ Hora: _____

IT.05. Hipótese diagnóstica: [] dengue [] chikungunya [] zika [] Outros: _____

História Prévia

HP.01. Houve atendimento prévio em serviço de saúde? () sim () não () não registrado

HP.02. Se **sim**, especificar o nome da unidade e Município /UF: _____

Dados Clínicos

DC.01. Data de início dos sintomas: ___/___/___ DC.02: Primeiro sintoma _____.

DC.03. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais especificar : **1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Puérpera | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> DPOC |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Doença hematológica | <input type="checkbox"/> Outras patologias, especificar: |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Tabagismo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica | <input type="checkbox"/> Etilismo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica | _____ |

DC.04. Apresentou Quadro/Manifestações Neurológicas durante o atendimento,

especificar: **1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado**

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

DC.05. Apresentou Manifestações Oculares durante o atendimento , especificar:

1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neurite óptica Data: __/__/__ | <input type="checkbox"/> Retinite Data: __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Iridociclite Data: __/__/__ | <input type="checkbox"/> Uveíte Data: __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Episclerite Data: __/__/__ | |
| <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ | |

DC.06. Apresentou Manifestações Dermatológicas durante o atendimento, especificar:

1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

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

DC.07. Apresentou Quadro Renal, durante o atendimento, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

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

DC.08. Apresentou Quadro Hemorrágico, durante o atendimento, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

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

DC.09. Evoluiu para choque, durante o atendimento, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Data: __/__/__ | <input type="checkbox"/> Extremidades frias Data: __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Pulso débil ou inidentificável Data: __/__/__ | <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$ Data: __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> PA convergente (≤ 20 mmHg) Data: __/__/__ | <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg) |
| <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ | |

DC.10. Presença de outras complicações, durante o atendimento, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Miocardite | <input type="checkbox"/> Icterícia |
| <input type="checkbox"/> Discrasias hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Pancreatite aguda |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Hipoadrenalismo |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória | <input type="checkbox"/> Edema agudo pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Taquidispneia | <input type="checkbox"/> Infecção associada à assistência à saúde |
| <input type="checkbox"/> Hepatite aguda | |
| <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ | |

Exames Laboratoriais Específicos

LE.01. Realizou algum exame etiológico: Sim Não - Se **sim**, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Metodologia			Outra técnica*
			Sorologia ²		Biologia Molecular ³	
			IgM	IHQ	PCR	
<input type="checkbox"/> Zika vírus	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Outro agente, especificar:	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI.01. Realizou punção líquórica: Não Sim .

Se **sim**, especificar: Data: ____/____/____

LI.01.1. Aspecto: Límpido Turvo Hemorrágico

LI.01.2. Análise bioquímica do líquido:

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

LI.02. Realizou algum exame de imagem: Sim Não - Se **sim**, especificar:

Exa	Data	Resultado	Se alterado, resumo do laudo
<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	
<input type="checkbox"/> Outros	___/___/___	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

LI.03. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: Sim Não - Se **sim**, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	
	/ /	
	/ /	

LI.04. Há alíquota guardada em algum laboratório: Sim Não - Se **sim**, especificar onde:

Manifestações clínicas e resultados laboratoriais – Período de internamento

MC.01-

Data ___/___/___

Manifestações clínicas	<input type="checkbox"/> Febre ___ °C	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Edema em MM Localização.:	<input type="checkbox"/> Paralisia	<input type="checkbox"/> Sangramentos (Hemorragia) <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa		
	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Artralgia	Tipo: <input type="checkbox"/> Pruriginoso <input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Maculo-papular	<input type="checkbox"/> Dor retroorbitária	Intensidade <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Articular <input type="checkbox"/> Periaricular <input type="checkbox"/> Disseminado	<input type="checkbox"/> Paresia			<input type="checkbox"/> Tosse
	<input type="checkbox"/> Cefaléia	Extensão: <input type="checkbox"/> Oligoartralgia <input type="checkbox"/> Poliartralgia		<input type="checkbox"/> Conjuntivite seca						
	<input type="checkbox"/> Mialgia		<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hipotensão Postural	<input type="checkbox"/> Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	Pressão arterial _____ mmHg	Outros: _____ _____ _____ _____		
	<input type="checkbox"/> Diarréia	Intensidade <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Tenossinovite	<input type="checkbox"/> Dispnéia	Freq.respiratória _____ ipm			
	<input type="checkbox"/> Prostração		<input type="checkbox"/> Equimose	<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Epistaxe	Freq. cardíaca _____ bpm			
	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Sonolência				
Exames laboratoriais inespecíficos - Resultados	Hora	___:___ h	___:___ h	___:___ h	Hora	___:___ h	___:___ h	___:___ h	Outras Informações	
	Hematócrito				AST - TGO					
	Hemoglobina				ALT - TGP					
	Plaquetas				Ureia					
	Leucócitos				Creatinina					
	Neutrófilos				Sódio					
	Eosinófilos				Potássio					
	Basófilos				Fosfatase Alcalina					
	Monócitos				Bilir. total					
	Linfócitos				Bilir. direta					
	Bastonetes				Bilir. indireta					
	Albumina				CPK					

Tratamento (Volume/ ml)	Local*	Hora	RO*	SF*	SG*	SGF*	EP*	Plasma	Concent. de hemácias	Plaquetas	Albumina	Outras Terapias

*Local: E= Emergência | Enf: Enfermaria/UTI Reidratação oral | Soro fisiológico | Ringer lactato | Soro glicosado | Soro glicofisiológico | Expansor plasmático

Evolução Clínica

EC.01.

Data	Hora	Conduta/Prescrição	Descrição/ Hipótese diagnóstica:

Evolução Clínica

EC.02 - Transferência Data: ___/___/___ Para : _____
 Alta Data: ___/___/___
 Óbito Data: ___/___/___

EC.03. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

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

EC.04. O corpo foi encaminhado para necropsia: Sim Não

Observações

Investigação

IN.01. Data: ___/___/___

IN.02. Investigador: _____