

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | 2 - Individual | | | |
| | 2 Agravado/doença | DIFTERIA | | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (CID10) A 36.9 | 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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | |
| 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | |
| Dados de Residência | 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

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Data da Investigação | 32 Ocupação |
| | 33 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado | |
| | 34 Nome do Contato | |
| Dados Clínicos | 35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) | |
| | 36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado | 37 Data da Última Dose |
| | 38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Edema Ganglionar <input type="checkbox"/> Edema de Pescoço <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Pseudomembrana <input type="checkbox"/> Palidez | 39 Temperatura Corporal _____ °C |
| 40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Cavidade Nasal <input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/> Órgãos Genitais <input type="checkbox"/> Pálato <input type="checkbox"/> Conduto Auditivo <input type="checkbox"/> Traquéia <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Conjuntiva | | |
| Complicações | | |
| 41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Outras _____ | | |

| | | | | | |
|--------------------|--|------------------------------|--------------|---------------------------------|---------------|
| Atendimento | 42 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 43 Data da Internação | 44 UF | 45 Município do Hospital | Código (IBGE) |
| | 46 Nome do Hospital | Código | | | |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Dados do Laboratório | 47 Material Coletado 1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 48 Data da Coleta |
| | 49 Cultura para Difteria 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 50 Provas de Toxigenicidade 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Tratamento | 51 Data da Aplicação do Soro | 52 Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 53 Data de Adm. do Antibiótico |
|-------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|

| | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|---|
| Medidas de Controle | 54 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 55 Se Sim, Quantos? | 56 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado |
|----------------------------|---|----------------------------|---|

| | | | | |
|----------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| Medidas de Controle | 57 Realizada Coleta de Material dos Comunicantes <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 58 Se Sim, Em Quantos? | 59 Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes? <input type="checkbox"/> | 60 Medidas de prevenção/controle <input type="checkbox"/> 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado |
|----------------------------|--|-------------------------------|--|--|

| | | | | |
|------------------|---|--|--|--|
| Conclusão | 61 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado | 62 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clinico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clinico 6-Necropsia | | |
| | 63 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 64 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | |
| | 65 Data do Óbito | 66 Data do Encerramento | | |

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Código da Unid. de Saúde | |
| | Nome | Função | Assinatura |
| | Difteria | Sinan NET | SVS 09/06/2006 |