

## Apêndice D – Ficha de vigilância epidemiológica filaríose linfática

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL FILARIOSE

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>FILARIOSE</b>		Código (CID10) <b>B 74.0</b>	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	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 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta de EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa de EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta de EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio 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)		
	<b>Dados Complementares</b>						
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
33 Residente ou procedente de área endêmica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Se sim, qual local?		34 Tempo de residência nesse local 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano		35 Dados da investigação entomológica Presença de infecção vetorial 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Antecedentes Clínicos	36 História do:		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Familiar de linfedema	<input type="checkbox"/> Trauma localizado	<input type="checkbox"/> Linfedema	Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	1 - Dia	
<input type="checkbox"/> Cirurgia vascular ortopédica	<input type="checkbox"/> Trombose venosa	<input type="checkbox"/> Hidrocele	Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	2 - Mês		
<input type="checkbox"/> Imobilização prolongada de membros	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Quilúria	Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	3 - Ano		
Dados Clínicos	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
	<b>Gerais:</b>						
	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Quilúria	<input type="checkbox"/> Tosse asmática	
	<input type="checkbox"/> Dispnéia						
<b>Locais:</b>							
<input type="checkbox"/> Dor, Calor e Rubor	<input type="checkbox"/> Linfedema	<input type="checkbox"/> Epididimite	<input type="checkbox"/> Erisipela				
<input type="checkbox"/> Orquite	<input type="checkbox"/> Hidrocele	<input type="checkbox"/> Elefantíase	<input type="checkbox"/> Outros				
<input type="checkbox"/> Hipertrofia ganglionar	<input type="checkbox"/> Adenite						
Especifique	<input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epitroclea	<input type="checkbox"/> Especificue	<input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epitroclea				
	<input type="checkbox"/> 2 Axilar 4 Outra localização		<input type="checkbox"/> 2 Axilar 4 Outra localização				
38 Localização Sinais e Sintomas Locais 1 - Sim 2 - Não 3 - Não apresenta							
<input type="checkbox"/> Membro superior	<input type="checkbox"/> Mama	<input type="checkbox"/> Membro inferior	<input type="checkbox"/> Órgãos genitais				

Dados de Laboratório	<b>39</b> Parasitológico      1 -Positivo 2 -Negativo 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Filtração <input type="checkbox"/> Hemoconcentração <input type="checkbox"/> PCR	<b>40</b> Imunodiagnóstico      1 -Positivo 2 -Negativo 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Og4C3 - ELISA <input type="checkbox"/> Teste do cartão (ICT)
	<b>41</b> Contagem de eosinófilos _____ mm3	<b>42</b> Proteinúria de 24 horas _____ mg/L
	<b>43</b> Identificação do verme adulto      1 -Sim 2 -Não 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Exame histológico	

Tratamento	<b>44</b> Tratamento <i>Se realizado, especificar esquema terapêutico:</i> 1. realizado      1. Dietilcarbamazina (DEC) 6mg/kg/dia 12 dias <input type="checkbox"/> 2. não realizado <input type="checkbox"/> 2. DEC/dose única semestral/2 anos 3. ignorado      3. DEC/dose única anual/4 anos <i>Se não realizado, especificar motivo:</i> <input type="checkbox"/> 1.abandono      4. DEC (outro esquema terapêutico) <input type="checkbox"/> 2. recusa      5. Outros <input type="checkbox"/> 9.Não se aplica	<b>45</b> Data de início do tratamento atual  ____ / ____ / ____
------------	---	--

Diagnóstico	<b>46</b> Critério de confirmação ou descarte <input type="checkbox"/> 1. clínico-epidemiológico      2. Laboratorial      3. clínico-epidemiológico-laboratorial
	<b>47</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1. Confirmado <input type="checkbox"/> 2. Descartado
	<b>48</b> Se confirmado, o caso é: <input type="checkbox"/> 1. Autóctone <input type="checkbox"/> 2. Alóctone
	<b>49</b> Forma Clínica      1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Microfilarémia/Antigenemia assintomática <input type="checkbox"/> Eosinofilia Pulmonar Tropical <input type="checkbox"/> Adenopatia filarial <input type="checkbox"/> Doença Filial Aguda <input type="checkbox"/> Doença Filial Crônica <i>Especifique (1- sim 2- não 9- ignorado)</i> <input type="checkbox"/> Adenite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Linfangite <input type="checkbox"/> Orquiepididimite <input type="checkbox"/> Elefantíase <input type="checkbox"/> Cistúria <input type="checkbox"/> Adenolinfangit <input type="checkbox"/> Epididimite

**Informações complementares e observações**

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	Endereço	Localidade

Observações:

---



---



---



---

Investigador	<b>50</b> Município/Unidade de Saúde	<b>51</b> Cód. da Unid. de Saúde 
	<b>52</b> Nome	<b>53</b> Função