

Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde e Imunização
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Ficha de Notificação de lesão pulmonar associada ao uso do cigarro eletrônico/vaping – EVALI

TIPO DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

AGRAVO/DOENÇA EVALI

DADOS DO NOTIFICADOR *

Data da Notificação

UF

Município de notificação

Unidade de Saúde

DADOS PESSOAIS *

Nome do paciente

CPF

Nome da mãe

Data de Nascimento / /

Idade

Sexo ao nascer Feminino Masculino

Telefone

CEP

Endereço

Complemento

UF

Município de residência

História *

Fumante Sim Não Ex-fumante

Quanto tempo mês

ano

Tipos de cigarro / aparelhos utilizados (Marque com X em uma ou mais opções) *

Cigarro tradicional

Rapé

Cigarro de palha

Narguilé

Charuto

Dispositivos Eletrônicos para Fumar - DEF's
(Cigarro eletrônico, Vapes, Pods)

Cachimbo

Outros

Cigarrilha

SINAIS E SINTOMAS (Marque com X em uma ou mais opções) *

Dispneia

Náuseas e vômitos

Perda de peso

Tosse

Dor abdominal

Fadiga

Dor Torácica

Diarreia

Outros

Hemoptise

Febre

Não informado

Pneumotórax

Calafrios

INFORMAÇÕES CLÍNICAS / EXAMES *

Uso de Vaping/E-cigarro no últimos 90 dias

Sim Não

Anormalidades radiográfias/tomográficas de tórax

Sim Não Não realizado

Hipóxia ($SpO_2 < 90$) Saturação < 90

Sim Não Ignorado

Quais

Foi feita dosagem de cotinina

Sim Não

Evidência de infecção (na cultura de escarro, painel viral respiratório, antígeno urinário para pneumo, estreptocócico / legionella)

Sim Não Não realizado

Em caso afirmativo, descreva:

Solicitou outro exame

Sim Não

Qual

Hospitalizado

Sim Não

Data de internação hospitalar

Hospitalizado em UTI

Sim Não

Data de internação em UTI

___/___/___ a ___/___/___

Foi feita lavagem broncoalveolar (LBA)

Sim Não

EVOLUÇÃO *

Desfecho

Alta hospitalar

Óbito

Ignorado

Outro

Data

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Observações adicionais

Nome

Função