

Anexo I



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES
SINAN

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
ZIKA

Nº

CASO SUSPEITO: paciente com exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de pelo menos DOIS dos seguintes sinais ou sintomas: febre baixa, hiperemia conjuntival (olhos vermelhos) sem secreção e sem coceira, artralgia (dores em articulações), dores musculares e edema periarticular.

Dados Gerais

1. Tipo de Notificação: 2 – Individual 2. Agravado/doença: ZIKA 3. Data da notificação: ____/____/____ Código (CID10): A928
4. UF: ES 5. Município de Notificação: 6. Unidade de Saúde: ____/____/____ Código (IBGE): 320530
7. DIS: ____/____/____ Código:

Notificação Individual

8. Nome do paciente: 9. Data de nascimento: ____/____/____
10. Idade: 11. Sexo: 12. Gestante: 13. Raça/Cor: 14. Escolaridade: ____/____/____
15. Cartão SUS: 16. Nome da Mãe:

Dados de residência

17. UF: 18. Município: Cód (IBGE): 19. Distrito: 20. Bairro:
21. Logradouro: 22. Número: 23. Complemento: 24. Geo campo 1:
Geo campo 2: 25. Ponto de Referência: 26. CEP:
28. Telefone/Celular: (____) ____-____/(____) ____-____ 29. Zona: 1- Urbana 30. País:

Investigação/Conclusão

31. Data da investigação: ____/____/____ 32. Ocupação: 33. Exantema maculopapular pruriginoso – Data:
34. Sinais e Sintomas:

Dados Laboratoriais

Isolamento Viral:
35. Data da Coleta: ____/____/____ 36. Resultado: ____ 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizável
RT-PCR
37. Data da Coleta: ____/____/____ 38. Resultado: ____ 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizável

Local Provável de infecção (no período de 15 dias)

39. O caso é autóctone do município de residência? ____ 1- Sim 2- Não 3- Indeterminado 40. UF: 41. País:
42. Município: IBGE: 43. Distrito:
44. Bairro: 45. Doença Relacionada ao Trabalho: ____ 1- Sim 2- Não
46. Evolução do Caso: ____ 1- Cura 2- Óbito por dengue 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado
47. Data do óbito: ____/____/____ 48. Data do Encerramento: ____/____/____

Hospitalização

49. Ocorreu Hospitalização? ____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 50. Data da investigação: ____/____/____ 51. UF: ____
52. Município do hospital: Código(IBGE): 53. Nome do Hospital:
Código: 54. Telefone: (____) ____-____

Observações:

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde: Cód Unid. de Saúde:
Nome:
Função:

Assinatura: _____