

**Caso suspeito de dengue:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

**Caso suspeito de Chikungunya:** febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação				Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	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 clínicos e laboratoriais					
Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital					
Dados clínicos	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica					
	Sorologia (IgM) Chikungunya 35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2) 37 Data da Coleta 38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado					
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Dengue 39 Data da Coleta 40 Resultado 41 Data da Coleta 42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado					
	Isolamento 43 Data da Coleta 44 Resultado 45 RT-PCR Data da Coleta 46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado					
	Sorotipo 47 48 Histopatologia 49 Imunohistoquímica 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado					

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>		57 UF	58 País	
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>		63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica
65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado		66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento	

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave					
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou hipotímia <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas		<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos		
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não		Sangramento grave:		
	Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia		<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Melenas <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
71 Data de início dos sinais de gravidade:		Comprometimento grave de órgãos:			
		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência	

### Informações complementares e observações

**Observações Adicionais**


Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura