



**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:** pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de DOTS ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre OU hipermemia conjuntival sem secreção e prurido OU poliartralgia OU edema periartricular.

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1  | Tipo de Notificação                            | 2 - Individual   |
| 2  | Agravo/doença                                  | <b>FEBRE PELO VÍRUS ZIKA A 92.8</b>  |
| 4  | UF   |  |
| 5  | Município de Notificação                       |  |
| 6  | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |  |
| 7  | Data dos Primeiros Sintomas                    |  |
| 8  | Nome do Paciente                               |  |
| 9  | Data de Nascimento                             |  |
| 10 | Idade (ou) Idade                               |  |
| 11 | Sexo   | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado  |
| 12 | Gestante                                       | 1-1º trimestre<br>2-2º trimestre<br>3-3º trimestre<br>4-Idade gestacional ignorada<br>5-Não<br>6-Não se aplica<br>7-Idade gestacional completa<br>8-Educação superior incompleta<br>9-Idade gestacional completa<br>10-Não se aplica   |
| 13 | Raça/Cor                                       | 1-Branca<br>2-Preta<br>3-Amarela<br>4-Parda<br>5-Indígena<br>9-Ignorado  |
| 14 | Idade  | 1-Hora<br>2-Dia<br>3-Mês<br>4-Ano  |
| 15 | Idade  | 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasio ou 1º grau)<br>4-Ensino fundamental completo (antigo ginasio ou 1º grau)<br>5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)<br>7-Educação superior incompleta<br>8-Educação superior completa<br>9-Ignorado<br>10-Não se aplica |
| 16 | Nome da mãe                                    |  |
| 17 | UF   |  |
| 18 | Município de Residência                        |  |
| 19 | Código (IBGE)                                  |  |
| 20 | Bairro   |  |
| 21 | Logradouro (rua, avenida,...)                  |  |
| 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<br>2 - Rural<br>3 - Perturbana<br>9 - Ignorado  |
| 30 | Pais (se residente fora do Brasil)             |  |

DADOS GERAIS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

DADOS DE RESIDÊNCIA

INV.

SINAIS E SINTOMAS

**Manifestações Gerais (assinalar)**

|    |                        |                          |
|----|------------------------|--------------------------|
| 33 | Febre                  | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Vômitos                | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Edema ou dor articular | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Diarreia               | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Náuseas                | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Dor abdominal          | <input type="checkbox"/> |
| 39 | Hipermemia conjuntival | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Tosse                  | <input type="checkbox"/> |
| 41 | Dor de garganta        | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Cefaleia               | <input type="checkbox"/> |
| 43 | Mialgia                | <input type="checkbox"/> |

**Manifestações Neurológicas (assinalar)**

|    |                                       |                          |
|----|---------------------------------------|--------------------------|
| 44 | Comprometimento da musculatura bulbar | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Instabilidade                         | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Tremores                              | <input type="checkbox"/> |
| 47 | Sonolência                            | <input type="checkbox"/> |
| 48 | Parestesia                            | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Fraqueza descendente                  | <input type="checkbox"/> |
| 50 | Dislalia                              | <input type="checkbox"/> |
| 51 | Diplopia                              | <input type="checkbox"/> |
| 52 | Visão turva                           | <input type="checkbox"/> |
| 53 | Fadiga                                | <input type="checkbox"/> |
| 54 | Paralisia facial                      | <input type="checkbox"/> |
| 55 | Hipertrofia/Atrofia                   | <input type="checkbox"/> |
| 56 | Fraqueza de membros superiores        | <input type="checkbox"/> |
| 57 | Fraqueza de membros inferiores        | <input type="checkbox"/> |
| 58 | Coma                                  | <input type="checkbox"/> |
| 59 | Fraqueza simétrica                    | <input type="checkbox"/> |
| 60 | Disartria                             | <input type="checkbox"/> |
| 61 | Disfonia                              | <input type="checkbox"/> |

**Manifestações Cutâneas (assinalar)**

|    |                            |                          |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 62 | Palélias                   | <input type="checkbox"/> |
| 63 | Exantemas                  | <input type="checkbox"/> |
| 64 | Prurido                    | <input type="checkbox"/> |
| 65 | Bochas/ Vesículas          | <input type="checkbox"/> |
| 66 | Manifestações Hemorrágicas | <input type="checkbox"/> |

**Técnicas e materiais usados para análise laboratorial** (anotar o número correspondente ao material usado de acordo com o tipo de exame realizado)

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| <b>Resultados</b>   | <b>Dados</b>   | <b>Coleta</b> |
| 1 - Positivo/Reagente<br>2 - Negativo/não reagente<br>3 - Inconclusivo<br>4 - Não Realizado<br>5 - Em andamento | 1 - Sangue<br>2 - Urina<br>3 - Líquor<br>4 - Saliva<br>5 - Tecidos<br>6 - Outros |               |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Recebeu sangue ou hemoderivados?</b> | <b>Data (D1) que recebeu sangue/hemoderivados</b> | <b>Data (D2) que recebeu sangue/hemoderivados</b> |
| 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado            |   |   |
| 67                                      | Isolamento  |   |
| 74                                      | RT-PCR  |   |
| 81                                      | RT-PCR  |   |
| 88                                      | RT-PCR  |   |
| 95                                      | RT-PCR  |   |
| 102                                     | RT-PCR  |   |
| 109                                     | Sorologia (1ª amostra)                            |   |
| 116                                     | Sorologia (2ª amostra)                            |   |
| 123                                     | Pesquisa de anticorpos (líquor)                   |   |
| 130                                     | NS 1  |   |
| 134                                     | Imunohistoquímica                                 |   |
| 141                                     | Histologia  |   |
| 148                                     | Outros  |   |
| 149                                     |   |   |
| 150                                     |   |   |
| 151                                     |   |   |
| 152                                     |   |   |
| 153                                     |   |   |
| 154                                     |   |   |
| 155                                     |   |   |

DADOS LABORATORIAIS

Gestantes e RN

Deslocamentos

Classificação final

Investigador

**Investigação para gestantes**

158 Data Provável para o Parto

159 Realizou STORCH?

160 Data Nascimento (RN)

161 Dados de parto

162 1-Sim 2-Não 9-ignorado

163 Rubéola

164 Citomegalovírus

165 Sífilis

166 Herpes

167 Parvovírus

168 Perímetro cefálico em cm (RN)

169 Alterações neurológicas (descrever)

170 Data de chegada

171 País

172 UF

173 Município visitado

174 Avião

175 Carro

176 Navio

177 Ônibus

178 Outros

179 Data de partida

180 Data de chegada

181 País

182 UF

183 Município visitado

184 Avião

185 Carro

186 Navio

187 Ônibus

188 Outros

189 Classificação Final

190 Critério de Confirmação/Descarte

191 Data do encerramento

192 Evolução do Caso

193 Data do óbito

194 Autoclonia

195 UF

196 Município de contaminação

197 Código (IBGE)

198 Distrito

199 Bairro

200 País

**Classificação final**

189 Classificação Final

190 Critério de Confirmação/Descarte

191 Data do encerramento

192 Evolução do Caso

193 Data do óbito

194 Autoclonia

195 UF

196 Município de contaminação

197 Código (IBGE)

198 Distrito

199 Bairro

200 País

**Informações complementares e observações**

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Cód. da Unid. de Saúde