

FICHA DE INVESTIGAÇÃO BRUCELOSE

CASO SUSPEITO: Doença aguda ou insidiosa, caracterizada por febre e um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: sudorese noturna, artralgia, cefaléia, fadiga, anorexia, mialgia, artrite/espondilite, meningite, ou envolvimento focal de órgãos (endocardite, orquite/epididimite, hepatomegalia e esplenomegalia), com história epidemiológica sugestiva de contato com produto de origem animal contaminado, exposição ocupacional ou manejo de animal acometido por brucelose.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravo/doença BRUCELOSE		Código (CID10) A 23		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	
	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		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 a 8ª série incompleta EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial 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		30 País (se residente fora do Brasil)		Código
				1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
Dados Complementares do Caso								
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação							
	32 Situação no Mercado de Trabalho							
	1 - Empregado registrado com carteira assinada 5 - Servidor público celetista 9 - Cooperativado 2 - Empregado não registrado 6 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 3 - Autônomo/conta própria 7 - Desempregado 11 - Empregador 4 - Servidor público estatutário 8 - Trabalho temporário 12 - Outros: _____ 99 - Ignorado							
33 Local de ocorrência da exposição								
1 - Residência 2 - Ambiente de trabalho 3 - Serviços de saúde 4 - Lazer 5 - Escola 6 - Ambiente externo 7 - Outro _____ 9 - Ignorado								
Dados da Exposição	34 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				35 Atividade Econômica (CNAE)			
	36 UF		37 Município do Estabelecimento		Código (IBGE)		38 Distrito	
	39 Bairro			40 Logradouro (rua, avenida,...)				
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Ponto de referência do estabelecimento		44 CEP	
	45 (DDD) Telefone			46 Zona		47 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado					

Dados da Exposição	48 Via de exposição/contaminação 1ª opção <input type="checkbox"/> 1- Cutânea 2- Respiratória 3- Ocular 4- Digestiva 5- Outra _____ 9- Ignorada 2ª opção <input type="checkbox"/> 3ª opção <input type="checkbox"/>				
	49 Circunstância da exposição / contaminação: 1ª opção <input type="checkbox"/> 1-Acidente com vacina 2- Parto de animais 3- Ordenha 4- Contato com fluidos de animais infectados 2ª opção <input type="checkbox"/> 5- Acidente em ambiente laboratorial 6- Inalação de aerossóis 7- Ingestão de leite e/ou derivados lácteos não pasteurizados 3ª opção <input type="checkbox"/> 8- Outro: _____ 9- Ignorado				
	50 Diagnóstico de Brucelose anterior <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	51 Data do diagnóstico anterior 	52 Tratamento realizado <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados Clínicos	53 Sinais e Sintomas 1 - Sim <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Calafrios 2 - Não <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Sudorese noturna <input type="checkbox"/> Outros: _____ 9 - Ignorado				
	54 Complicações 1 - Sim <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Artrite/espondilite 2 - Não <input type="checkbox"/> Orquite/epididimite <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Atendimento	55 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> 1 -Hora 2 -Dia 3 -Mês 4- Ano 9- Ignorado				
	56 Ocorreu hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Data da internação 	58 Data da alta 	59 UF 	
	60 Município de hospitalização Código (IBGE) 	61 Nome do Hospital Código 			
Dados do Laboratório	62 Rosa Bengala - Soroaglutinação Data da Coleta Resultado Data da Coleta Resultado 				
	63 Enzimaimunoensaio IgM Data da Coleta Resultado Data da Coleta Resultado 				
	64 Enzimaimunoensaio IgG Data da Coleta Resultado Data da Coleta Resultado 				
	65 PCR - Reação da Cadeia da Polimerase em Tempo Real Data da Coleta Resultado Data da Coleta Resultado 				
	66 Medicamentos prescritos 1 - Sim <input type="checkbox"/> Doxiciclina <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Outro _____ 2 - Não <input type="checkbox"/> Sulfametoxazol+Trimetoprima <input type="checkbox"/> Gentamicina 9 - Ignorado				
Conclusão	67 Data da Investigação 	68 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	69 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 -Clínico Epidemiológico		
	Local Provável da Fonte de Infecção 70 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3- Indeterminado				
	71 UF 	72 País 		73 Município Código (IBGE) 	74 Distrito 75 Bairro
	76 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		77 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado		
	78 Data do Óbito 		79 Data do Encerramento 		

Observações:
