|  |
| --- |
| C:\SHEILA\Meus Documentos\Minhas imagens\brasão.jpg  **COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS**  **GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  **GVE XIII – ASSIS – SP**  **NOTIFICAÇÃO IMEDIATA DE CASO DE DENGUE**  **01** - Nº DE ORDEM: **02** - UNID. SAÚDE\*: CNES\*:  **03** - Nº DO SINAN\*: **04 - DATA DA NOTIFICAÇÃO**\***:**  **05** - **DATA 1º SINTOMAS**\*: **06** - MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO: **ASSIS**  **07** – NOME COMPLETO\*:    **08** - DATA DE NASCIMENTO\*: IDADE\*: SEXO\*:    GESTANTE\*: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA RAÇA\*: TELEFONE\*:  09 – NOME DA MÃE COMPELTO\*:  **10 –** END. RESIDENCIAL\*: Bairro\*:  MUNICIPIO DE RESIDENCIA\*: **CARTÃO SUS**\***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **11**- ENDEREÇO DO TRABALHO E OU ESCOLA\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **12**- **DESLOCAMENTO DENTRO DO MUNICÍPIO**? \* ( )SIM ( )NÃO ( )NÃO INFORMADO  \* LOCAIS\*:  **13**- **DESLOCAMENTO FORA DO MUNICÍPIO?** \*( )SIM ( )NÃO ( )NÃO INFORMADO  \* ATÉ 15 DIAS ANTES DA FEBRE (LOCAL): Data ida: Data volta:  **14- COLETA EXAME\***: ( ) **NS1** – Data: / / OU ( ) **IGM** – Data: / /  **15** - TEVE DENGUE? ( ) SIM ( )NÃO ( )NÃO INFORMADO  **16** - PRESSÃO ARTERIAL EM PÉ: X mmHg  **17** - PRESSÃO ARTERIAL SENTADO/DEITADO: X mmHg  **18** - **SINAIS CLÍNICOS - (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO) – Responder S (sim) e N (não)**  ( ) FEBRE ( ) EXANTEMA ( ) DOR NAS COSTAS ( ) ARTRALGIA INTENSA  ( ) MIALGIA ( ) VÔMITOS ( ) CONJUTIVITE ( ) PETÉQUIAS ( ) DOR RETROOBITAL  ( ) CEFALEIA ( ) NÁUSEA ( ) ARTRITE ( ) LEUCOPENIA ( ) **PROVA DO LAÇO POSITIVO**  ( ) OUTROS (descrever):  **19 - DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES** - **(OBRIGATORIO PREENCHIMENTO) - Responder S (sim) e N (não)**  ( ) DIABETES ( ) DOENÇA RENAL CRONICA ( ) DOENÇAS AUTOIMUNE  ( ) DOENÇAS HEMATOLÓGICAS ( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL  ( ) HEPATOPATIAS ( ) DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA  **20**- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  RESULTADO DE HEMOGRAMA:  \* RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE HIDRATAÇÃO - ( ) SIM ( ) NÃO  \* RECEBEU CARTÃO DE DENGUE - ( ) SIM ( ) NÃO  **21** – **ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO**: ( ) SIM ( ) NÃO  LOCAL DE INTERNAÇÃO DATA DA INTERNAÇÃO:  **22** –FUNC. RESP. PELO PREENCHIMENTO: COREN |