|  |
| --- |
| 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  |