FICHA DE INVESTIGAÇÃO SINDRÔMICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo		
Data de nascimento ___/___/_____	Idade:	
Endereço		Telefone: ( )
Complemento	Bairro	
Município:	UF:	

INFORMAÇÃO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS (observados ou relatados pelo paciente)

Data do início dos sintomas: ____/____/_____ **Data da coleta dos exames: ____/____/_____**

☐	Artralgia	☐	Coriza	☐	Equimoses/hemorragia	☐	Meningismo
☐	Cefaleia	☐	Diarreia	☐	Exantema	☐	Mialgia
☐	Confusão mental	☐	Dispneia	☐	Febre	☐	Pares cranianos alterados
☐	Conjuntivite	☐	Dor de garganta	☐	Hepatomegalia	☐	Perda de peso
☐	Constipação	☐	Dor retro-orbital	☐	Linfoadenomegalia	☐	Sinais neurológicos focais
☐	Convulsões	☐	Esplenomegalia	☐	Manchas de Koplik	☐	Tosse
☐	Outros:						

SINAIS DE GRAVIDADE OU DE ALERTA

☐	Alteração da consciência	☐	Prova do laço positiva/petéquias significativas
☐	Arritmias ou tamponamento cardíaco	☐	Pressão sistólica < 80 mmHg ou 20mmHg abaixo do usual (RN <60mmHg; 1-11meses <70mmHg, 1-10anos <70 + (idade em anos x 2)mmHg, >10 anos <90mmHg)
☐	Cianose		
☐	Desidratação		
☐	Dor abdominal	☐	Pressão sistólica < 90mmHg refratária a volume (choque)
☐	FC <40 bpm ou >150 bpm (RN > 190bpm; 1-11 meses >160bpm, 1-2 anos >130bpm, Pré-escolar >120bpm)	☐	Relação pO_2/FiO_2 < 300
		☐	Tiragem intercostal/batimentos de asa de nariz (em criança)
☐	Hemorragias graves ou sangramento de mucosas	☐	Taquipneia (crianças até 2meses >60irpm, 2-12meses >50irpm, 1-5 anos >40irpm, >5 anos >30irpm)
☐	Insuficiência respiratória aguda		
☐	Oligúria ou anúria	☐	Outras disfunções orgânicas

COMORBIDADES E POPULAÇÕES ESPECIAIS

☐	Asma/DPOC	☐	*Diabetes mellitus*	☐	Gestantes	☐	Imunossupressão
☐	Cardiopatia	☐	Doença cloridropéptica	☐	Hipertensão arterial	☐	Insuficiência renal crônica
☐	Crianças (<13 anos)	☐	Doença hepática crônica	☐	Idosos (>65 anos)	☐	Obesidade
☐	Outras:						

FATORES DE RISCO

☐	Ingestão de água ou alimentos contaminados
☐	Viagem ao exterior ou contato com alguém que veio do exterior e que esteja doente, nas últimas três semanas
☐	Contato com águas naturais, enchente, lama ou fossa (citar tempo):
☐	Exposição a carrapato, piolho, pulga, roedores, ecoturismo (citar tempo):
☐	Exposição sexual de risco ou uso de drogas injetáveis
☐	Vacinação recente (citar vacina, data e se é comprovada ou referida):
☐	Outros (citar):

EXAMES ESPECÍFICOS

Data da coleta: ____/____/_____ **CITAR MATERIAL COLETADO PARA CADA EXAME**

☐	Bacterioscopia (citar):	☐	Isolamento viral:
☐	Cito/Histologia (citar):	☐	Látex (citar):
☐	Cultura (citar):	☐	PCR (citar):
☐	Gota espessa:	☐	Sorologia:
☐	Outros (citar):		

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO

☐	Síndromes diarreicas	☐	Síndrome ictérica febril
☐	Síndrome exantemática	☐	Síndrome neurológica aguda (meninginte, encefalite, raiva, botulismo)
☐	Síndrome hemorrágica febril	☐	Síndrome respiratória aguda

Diagnóstico específico provável (hipótese diagnóstica)**?**

☐	**Suspeita de surto (aumento do número de casos) de doenças pouco comuns, sintomas infrequentes ou evolução mais agressiva do que o esperado de doenças endêmicas?**

IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE

Local de atendimento:	Data do atendimento:
Nome do profissional:	Função do profissional:
Assinatura:	

SUS GOVERNO DE MINAS SAÚDE