

CASO SUSPEITO: Dados epidemiológicos compatíveis quando clínico sugestivo, com exame parasitológico direto negativo ou não realizado

CASO CONFIRMADO: Paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU achados necroscópicos positivos OU Presença de anticorpos anti *T. cruzi* classe IgM no sangue periférico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 57.1	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)			
	UF	Município		
	34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio	35 Data de encontro dos vestígios	36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias	
Dados Clínicos	37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia		38 Manipulação/Contato de Material com <i>T. cruzi</i>	
	39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica		40 Possibilidade de transmissão por via oral	
	41 Sinais e Sintomas			

Exames Realizados

Dados do Laboratório

42 Data da coleta
| | | | | | | | | | | | | | | |

43 Parasitológico Direto
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço Outro
 Strout/Microhematócrito/QBC

44 Data da coleta
| | | | | | | | | | | | | | | |

45 Parasitológico Indireto
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Xenodiagnóstico Hemocultivo

46 Data da coleta S1
| | | | | | | | | | | | | | | |

48 Resultado da Sorologia para ELISA
IgM IgG
1 - Reagente S1 S1
2 - Não-Reagente S2 S2
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

49 Resultado da Hemoaglutinação
IgM IgG
1 - Reagente S1 S1
2 - Não-Reagente S2 S2
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

47 Data da coleta S2
| | | | | | | | | | | | | | | |

50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI
IgM Titulos IgG Titulos
1 - Reagente S1 1 : | | | | | | | | | |
2 - Não-Reagente S2 1 : | | | | | | | | | |
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

51 Data da coleta do Histopatológico
| | | | | | | | | | | | | | | |

52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Tratamento

53 Tipo de Tratamento Específico Sintomático
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
54 Droga Utilizada no Tratamento Específico
1 - Benznidazol 2 - Outro
55 Tempo de tratamento (em dias)
| | | | | | | | | | | |

Medidas de Controle

56 Medidas Tomadas
1 - Sim Controle de Triatomídeos Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório
2 - Não
3 - Não se Aplica Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia Outros _____
9 - Ignorado

Conclusão

57 Classificação Final 58 Critério de Confirmação/Descarte 59 Evolução do Caso 60 Data do Óbito
1-Confirmado 2-Descartado 1 - Laboratório 1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Aguda
2 - Clínico-Epidemiológico 3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado
3 - Clínico

Modo/Local Provável da Fonte de Infecção
61 Modo Provável da Infecção 62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)
1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio
4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado

63 O caso é autóctone do município de residência? 64 UF 65 País
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

66 Município Código (IBGE) 67 Distrito 68 Bairro

69 Doença Relacionada ao Trabalho 70 Data do Encerramento
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Observações

Investigador
Município/Unidade de Saúde
Nome Função Assinatura
Cód. da Unid. de Saúde