

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO: INFEÇÃO POR POXVIRUS

DATA DA NOTIFICAÇÃO _____			Nº _____		
I - DADOS DE INVESTIGAÇÃO					
1 - NOME DO PACIENTE: _____			2 - DATA DE NASCIMENTO _____		
3 - IDADE (ANOS) _____	4 - SEXO: _____	1 - Masculino	2 - Feminino	3 - Ignorado	
5 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____				Nº _____	BAIRRO _____
6 - CEP _____			7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		
8 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE) _____			9 - ZONA: _____ 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/ Rural 9 - Ignorado		
10 - (DDD) TELEFONE PARA CONTATO _____					
II - INFORMAÇÕES QUANTO À NOTIFICAÇÃO					
11 - MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO: _____				12 - CÓDIGO (IBGE) _____	
13 - UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO: _____				14 - CÓDIGO _____	
15 - FONTE DE NOTIFICAÇÃO _____ 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Saúde Privada; Busca Ativa; 4 - OUTROS					
III - INFORMAÇÕES QUANTO AO AGRAVO:					
16 - CID 10 _____		17 - DATA DO DIAGNÓSTICO _____			
18 - FONTE DE CONTATO _____ 1 - Contato Direto com Animal; 2 - Copo de Ordenha; 3 - Instrumental; 4 - OUTROS					
19 - SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS:					
Febre () ; Edema Local () Vesícula () ; Pustula () ; Crosta () Linfoadenopatia () ; OUTROS _____					
20 - HOUVE AFASTAMENTO DO TRABALHO _____ 1 - Sim; 2 - Não 21 - TEMPO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO _____ DIAS					
22 - HOUVE HOSPITALIZAÇÃO _____ 1 - Sim; 2 - Não 23 - TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO _____ DIAS					
24 - EVOLUÇÃO DO CASO: _____ 1 - Cura; 2 - Cura com Sequela; 3 - Óbito					
25 - CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO _____ 1 - Clínico Epidemiológico; 2 - Clínico Laboratorial					
26 - HISTÓRIA VACINAL DO PACIENTE PARA VACINA CONTRA VARÍOLA: _____ 1 - Sim; 2 - Não 9 - Ignorado					
27 - HOUVE CONTAMINAÇÃO DE PESSOAS DA FAMÍLIA _____ 1 - Sim; 2 - Não 28 - QUANTAS _____					
IV - INFORMAÇÕES QUANTO AO TRABALHO:					
29 - NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____					
30 - ENDEREÇO COMPLETO: _____				Nº _____	BAIRRO _____
31 - CEP _____		32 - MUNICÍPIO _____		33 - CÓDIGO (IBGE) _____	
34 - DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO: _____					
35 - SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO _____ 1 - Empregador; 2 - Empregado com Carteira de Trabalho; 3 - Empregado sem Carteira de Trabalho 4 - Trabalho Temporário; 5 - Trabalho Autônomo; 6 - Trabalho Avulso; 7 - Desempregado; 8 - Aposentado/Inativo; 9 - Ignorado / Outros					
V - INFORMAÇÕES SOBRE O CONTATO COM OUTROS ANIMAIS					
36 - PRESENÇA DE ROEDORES: _____ 1 - Sim; 2 - Não LOCAL: _____					
37 - ANIMAL DOMÉSTICO: _____ 1 - Sim; 2 - Não QUAL: _____					
38 - ANIMAIS SILVESTRES: _____ 1 - Sim; 2 - Não. Quais: _____ Especificar _____					
VI - INFORMAÇÕES SOBRE EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE					
HEMOGRAMA: _____					
OUTROS: _____					
OBSERVAÇÕES:					
INVESTIGADOR:					
39 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE: _____				40 - CÔD. UNIDADE TRABALHO _____	
41 - NOME: _____	42 - FUNÇÃO: _____	43 - DATA: _____	44 - ASSINATURA: _____		