



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA
 GERENCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
 COORDENADORIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

Nº

Dados Gerais	1	Tipo de notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/Doença		Código (CID10)	3 Data da notificação
	VARICELA COMPLICADA - (pacientes hospitalizados)		B01.9		
	4 UF	5	Município de notificação	Código IBGE	
6	Unidade de Saúde (ou fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data da Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M-Masculino F-Feminino I-Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13		Raça/Cor
	14		Escolaridade				
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
15	Número do Cartão SUS			16		Nome da Mãe	

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código IBGE	19	Distrito		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, Avenida, ...)			
	22	Número	23		Complemento (apto, casa, ...)	24		Geo Campo 1	
	25	Geo Campo 2		26		Ponto de referência	27	CEP	
	28	Telefone		29	Zona		30		País (se reide fora do Brasil)
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

Dados da Investigação	31	Data da Investigação		32	Peso	33	Altura	34	Foi vacinada contra Varicela	35	Se vacinada, qual data?	
					Kg	cm	1-Sim 2-Não 9- Ignorado					
	36	Data da Internação		37								Existência e fatores de risco para varicela
				1- Imunodeficiência 2-Doenças Crônicas 3-Gestante 4-Não								
38		Origem da infecção		39								Terapêutica realizada antes da internação
		1-Domicílio 2-Vizinhança 3-Trabalho 4-Creche/Escola 5-Posto de Saúde/Hospital 6-Outro Estado/Município 7 Sem história de contato 8-Outro país 9-Ignorado										1-Salicilatos 2-Corticoides Sistêmicos 3-Corticoides tópicos 4-Corticoides inalatórios 5-Imunossupressores

Dados da Internação	40	Proveniência		41		Dias de evolução da varicela antes da internação						
			1-Serviço de Urgência 2-Posto de Saúde 3-Consultório 4-Maternidade 5-Outros									
	42	Número de Lesões		43		Complicações cutâneas		44		Complicações respiratórias		
	1- <50 2- 50 a 250 3- 250 a 500 4- > 500		1-Sim 2- Não 9- Ignorado		1-Sim 2- Não 9- Ignorado		1-Sim 2- Não 9- Ignorado		1-Sim 2- Não 9- Ignorado			
			Impetigo Abscesso Pioniosite Celulite Fosseite Outras				Pneumonia Primária da varicela Pneumonia bacteriana Insuficiência respiratória					
	45		Complicações Neurológicas		46		Punção Lombar		47		Aspecto	
1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Límpido 2-Purulento 3-Hemorrágico 4-Turvo 5-Xantocrômico 6-Outros 9-Ignorado				
48		Alterações do aparelho genito-urinário		49		Complicações cardíacas		50		Complicações hematológicas		
1-Sim 2-Não 9- Ignorado		Edema Hematuria Hipertensão		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		51		
52		Terapêutica instituída		53		Necessidade de terapia intensiva						
				1-Sim 2-Não 9- Ignorado								

Conclui são	54	Evolução do caso		55	Data da evolução	56	Data do encerramento
			1- Alta sem sequela 2- Alta com sequela 3-Óbito				

Observações adicionais