



Data da Notificação: ____/____/____

Nº SINAN _____

Unidade Notificante: _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE - SIMPLIFICADA

Caso suspeito: paciente com febre, com duração entre 2 a 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sinais/sintomas: cefaleia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema, náuseas, vômitos ou prova do laço positiva e leucopenia.

USO DA UNIDADE NOTIFICANTE

Nome: _____ Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino () Masculino () Gestante: sim () não () Trimestre: _____

Endereço: _____ nº _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: () _____

Nome da mãe: _____

Queixas/Sintomas:

INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

Temperatura: _____ FC: _____ PA em pé: _____ PA sentado: _____ PROVA DE LAÇO: _____

() febre () dor retro orbital () mialgia () artralgia () exantema () cefaleia () outros _____

Sinais de Alerta: () petéquias () vômitos persistentes () letargia () ascite

() dor abdominal à palpação () dor abdominal intensa () irritabilidade () lipotimia

() sangramento de mucosas () hipotensão postural () hepatomegalia

Deslocamentos: () não () sim – informe abaixo

Informações complementares* :

*outros sintomáticos na região, resultado de hemograma (plaquetas e Ht), comorbidades

Coleta de Sorologia: () SIM, ____/____/____ () NÃO

Coleta de NS1: () SIM, ____/____/____ () NÃO

Carimbo e assinatura

USO EXCLUSIVO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dados Laboratoriais:

Classificação : () Descartado () Dengue () Dengue com sinais de alarme () Dengue Grave

Critério de Confirmação: () Laboratório () Clínico-Epidemiológico () Em investigação

Evolução do Caso: () Cura () Óbito por dengue () Óbito por outras causas () Óbito em Investigação () Ignorado

Ocorreu hospitalização: () Sim () Não () Ignorado

Data Internação: ____/____/____ UF: ____ Município do Hospital: _____ Nome do Hospital: _____