

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2 Agravado/doença ESPOROTRICOSE HUMANA – B42	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	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,...)	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Conclusão

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado	35 UF	36 País	
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento		

Informações complementares e observações

44 Ocupação: _____

Fonte de Infecção

45 Modo de Transmissão:

- Mordedura Arranhadura Lamedura Contato Solo ou Plantas Outras Exposições
 Felino Doméstico Próprio Felino Doméstico Vizinho Felino sem especificação
 Outros Animais Quais? _____
 Positivo Negativo Morto ou Desaparecido N° Epizootia: _____

Dados Clínicos

46 Investigação do Caso:

- Caso Novo Recidiva Reinfecção Retorno após interrupção de tratamento

47 Forma Clínica:

- Cutâneo Localizado Cutâneo Linfático Cutâneo Disseminado Extracutâneo Mucosa Ocular Mucosa oral

48 Comorbidades:

- Ausente HIV/AIDS D. Renal D. Cardíaca D. Hepática Diabetes Mellitus
 Outros Especificar: _____

Dados Laboratoriais

49 Diagnóstico Laboratorial:

Data da coleta da amostra: ____/____/____

- Exame Citológico/micológico direto Cultura direta Histopatologia 1. Positivo
 Sorologia Teste Rápido *Sporothrix* Teste Rápido HIV/AIDS 2. Negativo
3. Não realizado

Tratamento

50 Esquema Terapêutico:

- Iniciou o Tratamento antes da coleta 1. Não 2. Sim
 Itraconazol Terbinafina Iodeto de Potássio Fluconazol Anfotericina B

Data prescrita: ____/____/____ Tempo Previsto de Tratamento: _____ Dose total administrada: _____

Data inicio: ____/____/____ Data término: ____/____/____

Atendimento

51 Hospitalização: 1. Sim 2. Não

Nome do Hospital: _____ Código: _____

Data Internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Informações Específicas

Investigador