



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIÁ

Data da Notificação: ____/____/____

Nº SINAN _____

Unidade Notificante: _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO 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 orbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, náuseas, vômitos ou prova do laço positiva e leucopenia.

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

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

Endereço: _____ nº _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: () _____

Nome da mãe: _____

TOMOU VACINA DE DENGUE: () Sim () Não Data da aplicação: ____/____/____

Sinais clínicos:

INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

Febre () Exantema () Dor nas costas () Artralgia intensa () Prova do laço positiva ()
Mialgia () Vômito () Conjuntivite () Petéquias () Dor retro orbital ()
Cefaleia () Náusea () Artrite () Leucopenia ()

Outros: _____

Sinais de alerta:

Hipotensão postural e/ou lipotimia () Dor abdominal intensa () Aumento progressivo de hematócrito ()
Queda abrupta das plaquetas () Letargia ou irritabilidade () Hepatomegalia >= 2cm ()
Vômitos persistentes () Sangramento de mucosa/outras hemorragias () Acúmulo de líquidos ()

Doenças pré-existentes:

Diabetes () Doença renal crônica () Doenças autoimunes () Doenças Hematológicas ()
Hipertensão Arterial () Hepatopatias () Doença ácida-péptica ()

Deslocamentos: () não () sim – informe abaixo

Informações complementares**:

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

Coleta de IgM (Teste-Rápido): () Positivo () Negativo ____/____/____

Coleta de NS1 (Teste-Rápido): () Positivo () Negativo ____/____/____

Coleta de Sorologia (IgM):

() Positivo () Negativo ____/____/____

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

Data Internação: ____/____/____ UF: _____

Município do Hospital: _____ Nome do Hospital: _____

Carimbo e assinatura