

CASO SUSPEITO:

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

CASO CONFIRMADO:

a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.

b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 57.1	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	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 à 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)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)		
	UF	Município	
	34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado	35 Data de encontro dos vestígios	36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	40 Possibilidade de transmissão por via oral 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Dados Clínicos

41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assintomático Edema de face/membros Sinais de Meningoencefalite Poliadenopatia

Febre Persistente Hepatomegalia Sinais de ICC Taquicardia Persistente/Arritmias

Astenia Esplenomegalia Chagoma de Inoculação/sinal de Romãia Outros _____

Dados do Laboratório

Exames Realizados

42 Data da coleta _____

43 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço Outro Strout/Microhematócrito/QBC

44 Data da coleta _____

45 Parasitológico Indireto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado Xenodiagnóstico Hemocultivo

46 Data da coleta S1 _____

47 Data da coleta S2 _____

48 Resultado da Sorologia para ELISA

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

49 Resultado da Hemoaglutinação

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI

	IgM	Titulos	IgG	Titulos
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____
2 - Não-Reagente				
3 - Inconclusivo				
4 - Não Realizado				
	S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____

51 Data da coleta do Histopatológico _____

52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Tratamento

53 Tipo de Tratamento Específico Sintomático 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Droga Utilizada no Tratamento Específico 1 - Benznidazol 2 - Outro

55 Tempo de tratamento (em dias) _____

Medidas de Controle

56 Medidas Tomadas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado Controle de Triatomídeos Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia Outros _____

Conclusão

57 Classificação Final 1-Confirmado 2-Descartado

58 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico

59 Evolução do Caso 1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Aguda 3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado

60 Data do Óbito _____

Modo/Local Provável da Fonte de Infecção

61 Modo Provável da Infecção 1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada

62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias) 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado

63 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

64 UF _____ 65 País _____

66 Município _____ Código (IBGE) _____ 67 Distrito _____ 68 Bairro _____

69 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

70 Data do Encerramento _____

Observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____