

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Dados da Notificação	UF da notificação ____ ____	Município da notificação ____ ____ ____ ____ ____ ____	Código IBGE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	Código CNES ____ ____ ____ ____ ____ ____	Estabelecimento de saúde ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Dados de identificação	1 Data da notificação ____ ____ ____		2 Cadastro de Pessoa Física (CPF) ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____	
	3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	4 É estrangeiro (a)? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não	5 Se sim, passaporte ____ ____ ____ ____ ____ ____	6 País de nascimento ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	7 Nome completo (sem abreviações) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		8 Nome social ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	9 Nome completo da mãe (sem abreviações) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		10 Data de nascimento ____ ____ ____	
	11 Idade ____ ____ ____	☐ 1. Hora ☐ 3. Mês ☐ 2. Dia ☐ 4. Ano	12 Sexo ao nascimento ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 3. Intersexo ☐ 9. Ignorado	
	13 Orientação sexual ☐ 1. Heterossexual ☐ 3. Bissexual ☐ 7. Não se aplica ☐ 9. Ignorado ☐ 2. Homossexual ☐ 4. Outra, especifique: _____			
	14 Identidade de gênero ☐ 1. Mulher cisgênero ☐ 3. Mulher transgênero ☐ 5. Travesti ☐ 7. Não se aplica ☐ 2. Homem cisgênero ☐ 4. Homem transgênero ☐ 6. Não binário ☐ 9. Ignorado			
	15 Raça/Cor ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☐ 3. Amarela ☐ 4. Parda ☐ 5. Indígena ☐ 9. Ignorado			
	16 Se Indígena, qual etnia? _____			
	17 Se Indígena, vive aldeado? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado			
	18 Nome do distrito sanitário especial ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	19 Nome do polo base ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	20 Nome da aldeia ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	21 É membro de povo ou comunidade tradicional? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado			
	22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____			
	Dados do indivíduo	23 Gestante ☐ 1. 1º Trimestre ☐ 3. 3º Trimestre ☐ 5. Não ☐ 9. Ignorado ☐ 2. 2º Trimestre ☐ 4. Idade gestacional ignorada ☐ 7. Não se aplica		
		24 Escolaridade ☐ 1. Nenhuma ☐ 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) ☐ 7. Superior incompleto ☐ 2. Educação Infantil ☐ 5. Ensino Médio incompleto ☐ 8. Superior completo ☐ 3. Ensino Fundamental incompleto ☐ 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) ☐ 9. Ignorado		
25 Ocupação ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código (CBO) ____ ____ ____ ____ ____ ____		
26 Atividade econômica ____ ____ ____ ____ ____ ____		Código (CNAE) ____ ____ ____ ____ ____ ____		
27 Pessoa em situação de rua? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado		28 Profissional de saúde? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado		
29 Pessoa privada de liberdade? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado		30 Pessoa com deficiência? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado		
31 CEP de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____ ____		32 UF de residência ____ ____	33 Município de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____	
34 Bairro ____ ____ ____ ____ ____ ____		35 Logradouro ____ ____ ____ ____ ____ ____	36 Número ____ ____ ____ ____ ____ ____	
37 Complemento ____ ____ ____ ____ ____ ____		38 Telefone de contato (____) ____ ____ ____ ____ ____ ____ - ____ ____		
39 Zona ☐ 1. Urbana ☐ 2. Rural ☐ 9. Ignorado		40 País de residência ____ ____ ____ ____ ____ ____		

41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. _____ CID: _____

2. _____ CID: _____

42 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

MedDRA - Ilt	Código LLT	MedDRA - Ilt	Código LLT	MedDRA - Ilt	Código LLT
☐ Assintomático	00000001	☐ Dor retro-orbital	10050741	☐ Meningismo	10027197
☐ Abscesso	10000269	☐ Dor torácica	10008461	☐ Meningoencefalite	10027282
☐ Adenite	10001137	☐ Edema	10014210	☐ Mialgia	10028411
☐ Acidente vascular cerebral	10000374	☐ Edema facial	10014222	☐ Mialgia agravada	10048317
☐ Adenomegalia	10063721	☐ Edema no pescoço	10028834	☐ Microcefalia	10027534
☐ Aerofobia	10080300	☐ Edema nos membros	10060442	☐ Mielopatia	10028570
☐ Afonia	10002953	☐ Edema peniano	10066774	☐ Miocardite	10028606
☐ Agitação psicomotora	10056436	☐ Edema pulmonar agudo	10001024	☐ Movimentos anormais	10028039
☐ Agressividade	10001494	☐ Enterorragia	10077615	☐ Movimentos reduzidos	10028045
☐ Anemia	10002034	☐ Epistaxe	10015090	☐ Náusea	10028813
☐ Anemia hemolítica	10002045	☐ Equimose	10014080	☐ Necrose de extremidades	10059385
☐ Anorexia	10002646	☐ Erupção cutânea	10040841	☐ Necrose isquêmica da pele	10074873
☐ Ansiedade	10002855	☐ Escarro sanguinolento	10041804	☐ Oligúria	10030302
☐ Anúria	10002847	☐ Esplenomegalia	10041660	☐ Opistótono	10030898
☐ Apnéia	10002972	☐ Estresse	10042209	☐ Osteocondrite	10031230
☐ Arreflexia	10003084	☐ Estupor	10042264	☐ Osteonecrose	10031264
☐ Arritmia	10003119	☐ Exantema	10015585	☐ Palidez	10033546
☐ Artralgia	10003239	☐ Febre	10016558	☐ Paralisia	10033558
☐ Artrite	10003246	☐ Febre intermitente	10058698	☐ Parestesia	10033775
☐ Astenia	10003549	☐ Febre recorrente	10038300	☐ Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir	10086396
☐ Ataxia	10003591	☐ Fontanela aumentada	10054068	☐ Peso diminuído	10047895
☐ Aumento do fígado	10024676	☐ Força muscular anormal	10082799	☐ Petéquia	10034752
☐ Baço aumentado	10041637	☐ Fotossensibilidade	10034966	☐ Porcentagem de reticulócitos aumentada	10059920
☐ Bexiga neurogênica	10029279	☐ Fraqueza	10047862	☐ Proctite	10036774
☐ Bilirrubina indireta aumentada	10021709	☐ Fraqueza muscular	10028350	☐ Prostração	10036985
☐ Boca seca	10013781	☐ Fraqueza muscular do pescoço	10078993	☐ Pseudoparalisia	10056300
☐ Bubões	10006519	☐ Frequência cardíaca diminuída	10019301	☐ Pulso irregular	10022994
☐ Calafrios	10008531	☐ Gânglios inchados	10042720	☐ Pulso rápido	10037484
☐ Cansaço	10043890	☐ Glaucoma congênito	10010486	☐ Púrpura	10037549
☐ Catarata	10007739	☐ Hematêmese	10018830	☐ Priapismo	10036661
☐ Cefaléia	10019211	☐ Hematúria	10018867	☐ Prurido	10037087
☐ Celulite	10065339	☐ Hemoglobina baixa	10018889	☐ Queimação nos olhos	10006777
☐ Choque	10040560	☐ Hemoglobina S aumentada	10018895	☐ Retardo psicomotor	10037213
☐ Choro neonatal anormal	10049455	☐ Hemoptise	10018964	☐ Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
☐ Cianose	10011703	☐ Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	☐ Rigidez abdominal	10000090
☐ Coma	10010071	☐ Hemorragia anal	10049555	☐ Rigidez da nuca	10058483
☐ Confusão mental	10027350	☐ Hemorragia do sistema nervoso central	10072043	☐ Rigidez dos membros	10024509
☐ Congestão conjuntival	10010675	☐ Hemorragia gengival	10019544	☐ Rinite infecciosa	10059827
☐ Conjuntivite	10010741	☐ Hemorragia pulmonar	10019582	☐ Rouquidão	10020201
☐ Consciência diminuída	10010768	☐ Hepatite por toxoplasma	10019798	☐ Riso sardônico	10039198
☐ Constipação	10010774	☐ Hepatoesplenomegalia	10019847	☐ Saturação de oxigênio diminuída	10033318
☐ Contrações musculares involuntárias	10028293	☐ Hepatomegalia	10019842	☐ Sequestro esplênico	10063715
☐ Contratura muscular	10062575	☐ Hidrofobia	10053317	☐ Sinal de kernig	10056294
☐ Convulsão	10010904	☐ Hiperemia	10020565	☐ Sinal de Romana	10077073
☐ Coriza	10011214	☐ Hipotensão	10021097	☐ Síndrome da angústia respiratória do adulto	10001409
☐ Corrimento genital	10016810	☐ Hipotonia	10021118	☐ Síndrome torácica aguda	10051895
☐ Crise vaso-oclusiva	10072397	☐ Humor alterado	10001850	☐ Síndrome de úlcera genital	10078121
☐ Cultura bacteriana positiva	10058588	☐ ICC	10007836	☐ Sintoma respiratório	10075535
☐ Dermatite	10012431	☐ Icterícia	10021207	☐ Sintomas neurológicos	10029291
☐ Desidrogenase láctica aumentada	10023679	☐ Impetigo	10021531	☐ Sofrimento emocional	10049119
☐ Diarréia	10012727	☐ Infecção broncopulmonar	10052110	☐ Sonolência	10013649
☐ Diplopia	10013036	☐ Infecção urinária	10046544	☐ Sudorese	10067146
☐ Disartria	10013887	☐ Insuficiência cardíaca	10007554	☐ Sufusão hemorrágica	10070284
☐ Disfagia	10013950	☐ Insuficiência renal	10022467	☐ Temperatura alta	10020083
☐ Disfasia	10013951	☐ Insuficiência respiratória	10016162	☐ Temperatura corporal diminuída	10005910
☐ Disfonia	10013952	☐ Insuficiência respiratória aguda	10001053	☐ Tontura	10018263
☐ Dispneia	10013963	☐ Letargia	10024264	☐ Tosse	10011224
☐ Distonia	10013983	☐ Lesão anal	10054852	☐ Tosse paroxística	10066222
☐ Distúrbio hemorrágico	10019009	☐ Lesão cutânea	10040882	☐ Tosse seca	10013773
☐ Dor	10000424	☐ Lesão da pele	10061364	☐ Trismo	10024793
☐ Dor abdominal	10000081	☐ Lesão genital	10063630	☐ Ulceração venosa	10047260
☐ Dor corporal geral	10048971	☐ Lesão oral	10059037	☐ Uretrite	10046480
☐ Dor de garganta	10041367	☐ Leucopenia	10024283	☐ Uveíte	10046851
☐ Dor generalizada	10018074	☐ Linfadenopatia	10025197	☐ Vertigem	10047340
☐ Dor lombar	10024798	☐ Linfadenopatia axilar	10049109	☐ Verrugas anogenitais	10059313
☐ Dor muscular	10028287	☐ Linfadenopatia generalizada	10069548	☐ Visão turva	10005886
☐ Dor na pantufilha	10007031	☐ Linfadenopatia inguinal	10025203	☐ Vômito	10047700
☐ Dor nas costas	10003978	☐ Linfadenopatia cervical	10025200	☐ Zumbido nos ouvidos	10013996
☐ Dor nas costas aguda	10000683	☐ Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco	10018094	☐ Outro, especifique:	00000002
☐ Dor no peito	10000425	☐ Melenas	10027141		
☐ Dor ocular	10015958				

Dados clínicos iniciais	43 Data de início dos sintomas ____ ____ ____		
	44 Doenças/agravos relacionados ao trabalho ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado		45 Doenças/agravos relacionados ao desastre ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado
Conclusão do caso	46 Data da investigação ____ ____ ____	47 Classificação final ☐ 1. Confirmado ☐ 2. Descartado	48 Critério de confirmação/descarte ☐ 1. Laboratorial ☐ 2. Clínico-epidemiológico
	49 O caso é autóctone do município de residência? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Indeterminado		50 País do local provável de infecção
	51 UF do local provável de infecção ____ ____	52 Município do local provável de infecção	Código IBGE ____ ____ ____ ____ ____ ____
	53 Bairro do local provável de infecção		
	54 Evolução do caso ☐ 1. Cura ☐ 2. Óbito pelo agravo notificado ☐ 3. Óbito por outras causas ☐ 9. Ignorado		
55 Data do óbito ____ ____ ____		56 Data de conclusão ____ ____ ____	
Observações	Observações		

FICHA DE INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR DA
ESPOROTRICOSE HUMANA

Fonte de Infecção

57 Modo de transmissão

☐ 1. Mordedura ☐ 3. Lamedura ☐ 5. Trauma na manipulação de terra/solo/jardim/plantas

☐ 2. Arranhadura ☐ 4. Espirro ☐ 6. Outras exposições ☐ 9. Ignorado

58 Transmissão Zoonótica

☐ 1. Felino doméstico próprio ☐ 3. Felino sem especificação ☐ 5. Morto ou desaparecido ☐ 9. Ignorado

☐ 2. Felino doméstico vizinho ☐ 4. Outros animais especifique: _____

59 Situação do animal

☐ 1. Positivo para Esporotricose ☐ 3. Suspeito não testado ☐ 9. Ignorado

☐ 2. Negativo para Esporotricose ☐ 4. Saudável

60 Notificação animal

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

61 Como o animal foi notificado?

☐ 1. SINANET como "Epizootia" ☐ 3. Planilha

☐ 2. Formulário próprio ☐ 4. Outros

62 Nº da notificação do animal

Dados do Atendimento do Paciente

63 Data do atendimento

____/____/____

64 Investigação clínica

☐ 1. Caso novo ☐ 3. Reinfecção ☐ 9. Ignorado

☐ 2. Recidiva ☐ 4. Retorno após interrupção do tratamento

65 Apresentação clínica da lesão do paciente

☐ 1. Cutâneo localizado ou fixo ☐ 4. Inoculações múltiplas ☐ 7. Extracutâneo

☐ 2. Cutâneo linfático ou linfocutânea ☐ 5. Mucosa ocular ☐ 8. Disseminado (outros órgãos)

☐ 3. Cutâneo disseminado ☐ 6. Mucosa oral ☐ 9. Ignorado

☐ 10. Lesão compatível com Esporotricose:

☐ 10A. Sim ☐ 10B. Não

66 Local da lesão

☐ 1. Mãos ☐ 3. MMI ☐ 5. Tronco

☐ 2. Pés ☐ 4. MMS ☐ 6. Pescoço ou cabeça

67 Notificação de atendimento antirrábico

☐ 1. Sim - Especificar Nº SINAN: _____ ☐ 2. Não

68 Comorbidades

☐ 1. Ausente ☐ 3. Doença renal ☐ 5. Doença hepática ☐ 7. Etilismo ☐ 9. Ignorado

☐ 2. HIV/AIDS ☐ 4. Doença cardíaca ☐ 6. Diabetes mellitus ☐ 8. Outros

69 Outras comorbidade(s)

70 Foi encaminhado para a Unidade de Referência

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Atendimento na Unidade de Referência

71 Unidade de Referência

CNES: _____

72 Data do atendimento

____/____/____

73 Motivo do encaminhamento

☐ 1. Não respondeu ao tratamento ☐ 3. Reinfecção

☐ 2. Recidiva ☐ 4. Avaliação dermatológica

74 Apresentação clínica da lesão do paciente

☐ 1. Cutâneo localizado ou fixo ☐ 4. Inoculações múltiplas ☐ 7. Extracutâneo

☐ 2. Cutâneo linfático ou linfocutânea ☐ 5. Mucosa ocular ☐ 8. Disseminado (outros órgãos)

☐ 3. Cutâneo disseminado ☐ 6. Mucosa oral ☐ 9. Ignorado

☐ 10. Lesão compatível com Esporotricose:

☐ 10A. Sim ☐ 10B. Não

75 Local da lesão

☐ 1. Mãos ☐ 3. MMI ☐ 5. Tronco

☐ 2. Pés ☐ 4. MMS ☐ 6. Pescoço ou cabeça

76 Comorbidades

☐ 1. Ausente ☐ 3. Doença renal ☐ 5. Doença hepática ☐ 7. Etilismo

☐ 2. HIV/AIDS ☐ 4. Doença cardíaca ☐ 6. Diabetes mellitus ☐ 8. Outros

☐ 9. Ignorado

77 Outras comorbidade(s)

78 Houve alteração da forma clínica

☐ 1. Sim - Especifique: _____ ☐ 2. Não

79 Necessidade outras especialidades

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Diagnóstico laboratorial

80 Houve coleta de amostra humana?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

81 Data da coleta

____/____/____

82 Exames solicitados

☐ 1. Exame citológico/micológico direto ☐ 4. Teste rápido para Sporothrix

☐ 2. Cultura direta ☐ 5. Sorologia

☐ 3. Histopatologia ☐ 6. Não realizado ☐ 9. Ignorado

83 Resultado dos exames

☐ 1. Positivo/Confirmado ☐ 3. Inconclusivo ☐ 5. Não realizado

☐ 2. Negativo/Discardado ☐ 4. Em andamento ☐ 6. Positivo para outro fungo ☐ 9. Ignorado

Tratamento

84 Iniciou o tratamento:

☐ 1. Sim, após a coleta ☐ 2. Sim, antes da coleta ☐ 3. Não realizado ☐ 9. Ignorado

85 Esquema terapêutico prescrito

☐ 1. Itraconazol ☐ 4. Fluconazol ☐ 7. Criocirurgia

☐ 2. Terbinafina ☐ 5. Anfotericina B desoxicolato 5mg ☐ 8. Drenagem de abscessos

☐ 3. Iodeto de potássio solução aquosa 0,07g/gota ☐ 6. Termoterapia

86 Dose total administrada (mg ou g)

Tratamento	97Tempo previsto de tratamento (dias ou meses)			88Data início tratamento			89Data término tratamento			
	90Foi alterado conduta terapêutica 1. Sim - Especifique: 2. Não									
Acompanhamento	91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			
	91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			
	91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			
	91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			91Consulta médica de acompanhamento Data: Nome da unidade:			
Hospitalização	92Houve hospitalização? 1. Sim 3. Não 2. Sim, aplicação medicamento 9. Ignorado						93Nome do hospital		94Código CNES	
	95Data internação		96Motivo da internação					97Data alta		
EVOLUÇÃO	98EVOLUÇÃO 1. Cura 3. Óbito pelo agravo 5. Interrupção tratamento 2. Abandono do tratamento 4. Óbito por outras causas 9. Ignorado									
	Observações									
Observações										