



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz
Laboratório de Morfologia e Morfogênese Viral – Centro de Poxvirus
Av. Brasil, 4365, Pavilhão Hélio & Peggy Pereira, térreo, salas C01-C04, C14,
B12, B13 e B16.
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL
Tel: (21) 2562-1749/2562-1773



FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO: INFEÇÃO POR POXVIRUS

DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____ / ____ / ____

Nº: _____

I- DADOS DE INVESTIGAÇÃO:

- 1- NOME DO PACIENTE: _____
- 2- DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ 3- IDADE (ANOS): ____ 4- SEXO (1- Masculino, 2- Feminino, 3- Ignorado): _____
- 5- ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ N°: ____ BAIRRO: _____
- 6- CEP: _____ 7- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
- 8- CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE): _____ 9- ZONA (1- Urbana, 2- Rural, 3- Urbana / Rural, 4- Ignorado): _____
- 10- (DDD) TELEFONE PARA CONTATO: _____

II- INFORMAÇÕES QUANTO À NOTIFICAÇÃO:

- 11- MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO: _____ 12- CÓDIGO (IBGE): _____
- 13- UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____ 14- CÓDIGO: _____
- 15- FONTE DE NOTIFICAÇÃO: ____ (1- Unidade de Saúde; 2- Unidade de Saúde Privada; 3- Busca Ativa; 4- Outros)

III- INFORMAÇÕES QUANTO AO AGRAVO:

- 16- CID 10: ____ 17- DATA DO DIAGNÓSTICO: ____ / ____ / ____
- 18- FONTE DE CONTATO:
- a) Contato Animal: bovino (), ovino (), caprino ()
b) Corpo de Ordenha ()
c) Instrumental ()
d) Outros (): especifique _____
- 19- SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS:
- Febre () Edema Local () Vesícula () Pústula () Crosta () Linfadenopatia () OUTROS () _____
- 20- HOUVE AFASTAMENTO DO TRABALHO: ____ 1- Sim 2- Não 21- TEMPO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO: _____
- 22- HOUVE HOSPITALIZAÇÃO: : ____ 1- Sim 2- Não 23- TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO: _____
- 24- EVOLUÇÃO DO CASO: ____ 1- Cura 2- Cura com Sequela 3- Óbito
- 25- CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO: ____ 1- Clínico Epidemiológico 2- Clínico Laboratorial
- 26- HISTÓRIA VACINAL DO PACIENTE PARA VACINA CONTRA VARÍOLA: ____ 1- Sim 2- Não 3- Ignorado

27- HOUVE CONTAMINAÇÃO DE PESSOAS DA FAMÍLIA: ___ 1- Sim 2- Não

28- QUANTAS: _____

IV- INFORMAÇÕES QUANTO AO TRABALHO:

29- NOME DO LOCAL DE TRABALHO: _____

30- ENDEREÇO COMPLETO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____

31- CEP: _____ 32- MUNICÍPIO: _____ 33- CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE): _____

34- DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO: _____

35- SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: ___

- 1- Empregador 2- Empregado com Carteira de Trabalho 3- Empregado Sem Carteira de Trabalho 4- Trabalho temporário
5- Trabalho autônomo 6- Trabalho Avulso 7- Desempregado 8- Aposentado / Inativo
9- Ignorado / Outros

V- INFORMAÇÕES SOBRE O CONTATO COM OUTROS ANIMAIS:

36- PRESENÇA DE ROEDORES: ___ 1- Sim 2- Não LOCAL: _____

37- ANIMAL DOMÉSTICO: ___ 1- Sim 2- Não QUAL: _____

38- ANIMAIS SILVESTRES: ___ 1- Sim 2- Não QUAIS (ESPECIFICAR): _____

VI- INFORMAÇÕES SOBRE EXAMES LABORATORIAIS DOS PACIENTES:

HEMOGRAMA: _____

OUTROS: _____

OBSERVAÇÕES:

INVESTIGADOR:

39- NOME DO MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE: _____

40- CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

41- NOME: _____

42- FUNÇÃO: _____

43- DATA: ___ / ___ / ___

44- ASSINATURA: _____