

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE BRUCELOSE HUMANA Nº

Caso Suspeito: Todo paciente com relato de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre persistente, cefaléia, mal estar, fraqueza, cansaço, dor testicular, edema testicular, sudorese noturna, esplenomegalia, perda de peso e história epidemiológica sugestiva de contato com o produto de origem animal contaminado e/ou inoculação acidental.

Dados epidemiológicos	1. Tipo de notificação		2- Individual		2.1- Caso antigo <input type="checkbox"/>		2.2- Caso novo <input type="checkbox"/>	
	2. Agravo/doença BRUCELOSE HUMANA				Código (CID 10) A 23		3-Data da notificação: ____/____/____	
	4-UF:			5-Município de notificação:				
	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-Idade:		11-Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		12-Gestante: 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>		13-Raça/Cor da pele: <input type="checkbox"/> 1.branca2.preta3.amarela4. parda5. indígena	
	14-Escolaridade: Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/>							
	15-Número do cartão do SUS:			16-Nome da mãe:				

Dados da residência	17-UF:		18-Município de residência:			19-Distrito:		
	20-Bairro:				21-Logradouro:			
	22-Número		23-Complemento:					
	24-Ponto de referência:						25-CEP:	
	26-DDD- Telefone:		27-Zona: <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana				28-País:	

Antecedentes epidemiológicos	29-Data da investigação: ____/____/____		30-Ocupação: 1- Funcionário matadouro/frigorífico: Sangria <input type="checkbox"/> Espola <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Triparia <input type="checkbox"/> Miúdos/Estocagem <input type="checkbox"/> Desossa <input type="checkbox"/> Controle de Qualidade <input type="checkbox"/> Carregamento/Expedição <input type="checkbox"/> Inspeção <input type="checkbox"/> Limpeza <input type="checkbox"/> Graxaria <input type="checkbox"/> 2- Funcionário/Curtume <input type="checkbox"/> 3- Leiteiro <input type="checkbox"/> 4- Vaqueiro <input type="checkbox"/> 5- Do lar <input type="checkbox"/> 6- Médico Veterinário <input type="checkbox"/> 7- Vacinador <input type="checkbox"/> 8- Outros <input type="checkbox"/> _____					
	31-Situação de risco/período: <input type="checkbox"/> Ingeriu leite in natura ou derivados (queijo/coalhada). Período _____ <input type="checkbox"/> Consumiu carne mal assada ou cozida. Período _____ <input type="checkbox"/> Contato com tecidos, urina, sangue, placenta, secreção vaginal, excremento e fetos de animais. Infectados ou não. Período _____ <input type="checkbox"/> Contato com a vacina B19 ou RB 51. Período _____							

Informação clínica	32-Data do atendimento: ____/____/____		33-Dados Clínicos (Marque com um X se apresentar) Sintomas: Febre <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Dor articular <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Sudorese profusa <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Mal estar geral <input type="checkbox"/> Dor testicular <input type="checkbox"/> Dor nos músculos <input type="checkbox"/> Sinais: Adenopatias <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Comprometimento: Neurológico <input type="checkbox"/> Genito-urinário <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Osteoarticular <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>					
	34-Casos anteriores de brucelose no local provável de infecção nos últimos meses/ano. Casos humanos <input type="checkbox"/> Casos animais <input type="checkbox"/>							

Atendimento	35-Ocorreu hospitalização: 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>		36-Data da internação: ____/____/____			37-Data da alta: ____/____/____		
	38-UF		39-Município do Hospital					

Dados laboratoriais	40-Soroaglutinação :Data da coleta: __/__/__		Titulação:	41-Resultado: <input type="checkbox"/> 1- Reagente 2- Não Reagente 3-Não Realizado	
	42-Isolamento Data da coleta __/__/__	43-Tipo de material: <input type="checkbox"/> 1 - Sangue 2 - Sêmen 3 - Medula óssea 4 - Baço		44-Resultado: <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado	
	45-Agente etiológico: <input type="checkbox"/> 1- <i>Brucella melitensis</i> 2 - <i>Brucella suis</i> 3 - <i>Brucella abortus</i> 4 - <i>Brucella canis</i> 5 - <i>Brucella inopinata</i>				
	46-PCR Data da coleta __/__/__	47-Resultado: <input type="checkbox"/> 1.Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado			
	48-Sorologia -ELISA Data da coleta 1ª amostra __/__/__	49-Resultado -1ª amostra: <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado	50-Data da coleta 2ª amostra __/__/__	51-Resultado-2ª amostra: <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado	

Tratamento	52-Data do início do tratamento: __/__/__	53-Medicação indicada: <input type="checkbox"/> 1-Doxiciclina + Gentamicina 2-Doxiciclina + Estreptomicina 3-Sulfa + Gentamicina 4-Doxiciclina + Rifampicina 5-outros _____
	54-Peso _____ Kg	55-Dose prescrita mg/kg/dia: _____

Conclusão	56-Classificação final: <input type="checkbox"/> 1- Confirmado 2- Descartado		57-Critério de confirmação ou descarte: <input type="checkbox"/> 1- Clínico Laboratorial 2 - Clínico - Epidemiológico		
	58-Provável forma de infecção: <input type="checkbox"/> 1- Cutâneo-mucosa 2- Digestiva 3- Inalatória 4- Congênita 5-Relação sexual 6- Outros _____	59-Provável fonte de infecção: <input type="checkbox"/> 1- Leite 2- Queijo 3- Coalhada 4- Carne 5- Material biológico contaminado 6- Outros _____	60-Local provável de infecção: O caso é autóctone do município de residência ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Município: _____		
	61-Característica do local provável de infecção: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana		62-Ambiente de infecção: <input type="checkbox"/> 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro		
	63-Doença relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		64-Evolução do caso: <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por Brucelose 4 - Óbito por outras causas.		
	65-Data do óbito: __/__/__		66-Data de encerramento do caso: __/__/__		
	65-Data do óbito: __/__/__				

Informações Complementares e Observações

Data e endereço se esteve em situação de risco nos últimos meses/ano que antecedem os primeiros sintomas.

Data	UF	Município	Endereço	Localidade

Observações: Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha.

Investigador	Município/Unidade:	Fone:	Código da unidade de saúde:
	Nome:	Função:	Assinatura: