

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | 2 - Individual | | | |
| | 2 Agravado/doença | DIFTERIA | | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (CID10) A 36.9 | 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 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado | | |
| | 34 Nome do Contato | | |
| Dados Clínicos | 35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) | | |
| | 36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado | 37 Data da Última Dose | |
| Complicações | 38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Edema Ganglionar Edema de Pescoço Febre Prostração Pseudomembrana Palidez | | 39 Temperatura Corporal °C |
| | 40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Cavidade Nasal Amígdalas Cordão Umbilical Faringe Laringe Órgãos Genitais Pálato Conduto Auditivo Traquéia Pele Conjuntiva | | |
| | 41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Miocardite Nefrite Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) Arritmias Cardíacas Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma Outras _____ | | |

