

**CASO SUSPEITO:** Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarréia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia (baço aumentado de volume).

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação  1 - Individual  2 - Individual

2 Agravado/doença **FEBRE TIFÓIDE** Código (CID10) **A 0 1 . 0** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

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 (ou) Idade  1 - Hora  2 - Dia  3 - Mês  4 - Ano  11 Sexo  M - Masculino  F - Feminino  1 - Ignorado  12 Gestante  1-1º Trimestre  2-2º Trimestre  3-3º Trimestre  4- Idade gestacional Ignorada  5-Não  6- Não se aplica  9-Ignorada  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 a 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 Clínico-Epidemiológicos**

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas)   
1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outros Estados/Municípios  
7 - Outros: \_\_\_\_\_ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado

34 Nome do Contato 35 (DDD) Telefone

36 Sugestão de Vínculo com:   
1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento suspeito 4 - Deslocamento 5 - Outros \_\_\_\_\_ 9 - Ignorado

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

Assintomático  Febre  Cefaléia  Diarréia  Constipação  Astenia  Tosse  
 Esplenomegalia  Roséola Tífica  Náuseas  Vômitos  Dor Abdominal  Dissociação pulso-temperatura

38 Complicações  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado  Enterorragia  Perfurações Intestinais  Outras \_\_\_\_\_

**Atendimento**

39 Tipo de Atendimento  1 - Hospitalar  2 - Ambulatorial  3 - Domiciliar  4 - Nenhum  9 - Ignorado 40 Data do Atendimento 41 UF

42 Município do Hospital Código (IBGE) 43 Nome do Hospital Código

**Lab.**

44 Material Coletado  1-Sim  2-Não  9-Ignorado  Sangue  Fezes  Urina 45 Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material   
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

