

2797030031



FIOCRUZ

Código/BE

Nome

Observador

- ☐ 1 Patricia   ☐ 4 Rogério  
☐ 2 Clarisse   ☐ 5 Edwiges  
☐ 3 Carolina   ☐ 6 outro

Cod



## Ambulatório Sentinela de Doenças

### Febris Agudas / Dengue (IPEC-Fiocruz)

Data de Atendimento

 /  / 


Data de Nascimento

 /  / 

Cor

- ☐ 1 Branca   ☐ 3 Amarelo  
☐ 2 Preta   ☐ 4 Parda  
☐ 5 Indio

Grau de Instrução

- ☐ 1 Analfabeto   ☐ 5 2º Grau Completo  
☐ 2 1º Grau Incompleto   ☐ 6 3º Grau Incompleto  
☐ 3 1º Grau Completo   ☐ 7 3º Grau Completo  
☐ 4 2º Grau Incompleto   ☐ 9 SD

Nat

Sexo

☐ 1 M   ☐ 2 F

Nome da Mãe

Endereço Residência

Bairro

Tempo de residência  
(em anos)

Cidade

Estado



Localidade

- ☐ 1 Rural   ☐ 2 Urbana



Telefone

Telefone contato

Ocupação

 - 
 - 


Bairro de Trabalho

### Dados epidemiológicos (últimos 30 dias)

Viagem Recente

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Data da viagem

 /  /  a  /  / 

Local

Casos semelhantes

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Casa

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Vizinho

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Trabalho

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Exposição Enchente

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Entrada em vala negra

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Entrada em cavernas

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Limpeza de Esgotos/Fossa

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Limpeza de caixa D'água

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Hemotransfusão

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Limpeza de locais c/ ratos

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Área de Malária  
Último 3 meses

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Contato c/carrapatos

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Contato com animais doentes

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Contato com Caramujo

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Contato com aves

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Ingestão de peixe cru

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Ingestão de leite cru

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Ingestão de Açaí

- ☐ 1 Sim   ☐ 2 Não

Abastecimento de água:

- ☐ 1 Rede geral   ☐ 2 Poço/Nascente  
☐ 3 Outra

Tratamento da água de beber:

- ☐ 1 não   ☐ 2 clora/filtra/ferve  
☐ 3 água mineral

Cod

0404030034

Contato c/ carcaça

Gestante

placenta de animais

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Picada de Inseto Inseto

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Histórico de Dengue

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Ano

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Vacina febre amarela  
(Ultimos 10 anos)

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Quimioprofilaxia malária

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Qual?

Período:

Vacina rubéola

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

### Comorbidades:

Diabetes Mellitus

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Rinite

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

DPOC

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Uso de alcool

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Hipertensão Arterial

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Uso de tabaco

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Asma Bronquica

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Anemia falciforme

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Dç imunossupressoras

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Tx de órgãos/MO

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Uso de medicamentos

☐ 1 sim ☐ 2 nao

Qual medicamento?

☐ 1 Analgesicos / antitermicos

☐ 2 Anti-inflamatorios nao esteroides

☐ 3 Anti-hipertensivos

☐ 4 Hipoglicemiantes orais

☐ 5 Corticosteroides (sistemicos)

☐ 6 Antimicrobianos

☐ 7 outros

Drogas ilícitas

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Qual droga

☐ 1 depressores

☐ 2 estimulantes

☐ 3 alucinogenos

☐ 4 multiplas

Uso de drogas injetáveis

☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Queixa Principal

### Tabela I (Dados Clínicos)

Data dos Primeiros Sintomas

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Data do aparecimento  
da febre

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Data do desaparecimento  
da febre

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Maior temperatura aferida

☐ (0) ausente

☐ ausente

☐ (1) 37,1 -37,5

☐ 37,1 -37,5

☐ (2) 37,6 - 38,5

☐ 37,6 - 38,5

☐ (3)> 38,5

☐ > 38,5

☐ (4) nao aferida

☐ nao aferida

Início

☐ 1 Subito

☐ 2 Gradual

Evolucao

☐ 1 contínua

☐ 2 Intermitente, irregular

☐ 3 Intermitente, vespertina

☐ 4 Intermitente, tercã

☐ 5 Intermitente, quartã

Data do primeiro

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Data exame

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

**Calafrios**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Cefaléia**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Fotofobia**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Dor retrorbital**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Dor em orofaringe**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Rouquidão**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Alteração de  
Paladar**

☐ 1 Sim ☐ 1 Sim

☐ 2 Não ☐ 2 Não

Qual:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Dor de Ouvido**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Coriza**

☐ 0 ☐ 0

☐ 1 ☐ 1

☐ 2 ☐ 2

☐ 3 ☐ 3

**Congestão Nasal**

☐ Sim ☐ Sim

☐ Não ☐ Não

**Sudorese**

☐ Sim ☐ Sim

☐ Não ☐ Não

5323030039

Cod

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prostração</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3              | <b>Mialgia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                            | <b>Lombalgia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3     | <b>Artralgia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 | <b>Anorexia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Náuseas</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                 | <b>Vômitos</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                            | <b>Dor Abdominal</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 | <b>Colúria</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | <b>Disúria</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> Não                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Diarréia</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                                  | <b>Nº de evacuações / Dia</b><br><table><tr><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr></table> <b>Consistência</b><br><input type="checkbox"/> 1 Liq <input type="checkbox"/> Liq<br><input type="checkbox"/> 2 Past. <input type="checkbox"/> Past. |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Sangue</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não | <b>Muco</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não | <b>Dispnéia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tosse</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                   | <b>Tosse Produtiva</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                    | <b>Hemorragias</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Epistaxe</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3   | <b>Gengivorragia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Metrorragia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3             | <b>Hematúria</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                          | <b>Hematêmese</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3    | <b>Melena</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Prurido</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3       |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Hemoptóicos / Hemoptise</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Lipotímia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3     | <b>Exantema</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3  | <b>Convulsões</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |

Cod

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

7663030038

**Exame Físico :**Data do primeiro  
atendimento

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Data 2º Atendimento

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Assinale 0 - Ausente / 1 - Leve / 2 - Moderado / 3 - Grave ou Sim Não, exceto quando a resposta for numérica (Temp ax, PA, etc)

Temp Ax(°C)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

Temp Ax(°C)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

PA sentada

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|

PA

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|

Freq. cardíaca

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Freq. cardíaca

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

PA deitada

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|

PA

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|

Freq. Resp.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Freq. Resp.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Enchimento capilar  
lentificado☐ 1 Sim ☐ 1 Sim

Pulso filiforme

☐ 1 Sim ☐ 1 Sim

Peso (kg)

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | , |  |
|--|--|--|---|--|

Peso (kg)

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | , |  |
|--|--|--|---|--|

☐ 2 Não ☐ 2 Não☐ 2 Não ☐ 2 Não

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Extremidades frias</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                       | <b>Hipotensão/Choque</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                           | <b>Dispneia</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3      | <b>Desidratação</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                          |
| <b>Palidez cutânea mucosa</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 | <b>Edemas</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3    | <b>Congestão ocular</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                | <b>Icterícia</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                             |
| <b>Exantema</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3               | <b>Macular</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                     | <b>Maculo-papular</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                  | <b>Vesiculoso</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                                                                              |
| <b>Enantema</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                                 | <b>Hiper orofaringe</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                            | <b>Adenomegalias</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 | <b>Cadeias ganglionares</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 cervical<br><input type="checkbox"/> 2 occipital<br><input type="checkbox"/> 3 supraclavicular<br><input type="checkbox"/> 4 axilar<br><input type="checkbox"/> 5 epitroclear<br><input type="checkbox"/> 6 inguinal<br><input type="checkbox"/> 9 NSA |
| <b>Hemorragias</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                              | <b>Petéquias</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 | <b>Púrpura</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3       | <b>Gengivorragia</b><br><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Hepatomegalia</b><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                                                              |  | <b>Dor percussão lombar unilateral</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Não                                                                               |  | <b>Esplenomegalia</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3                         |  | <b>Ascite</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>Dor abdominal à palpação</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |  | <b>Rigidez de nuca</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 |  | <b>Estertores</b><br><input type="checkbox"/> 0 Ausente<br><input type="checkbox"/> 1 Unilateral<br><input type="checkbox"/> 2 Unilateral difuso<br><input type="checkbox"/> 3 Bilateral                                                                                          |  | <b>Roncos</b><br><input type="checkbox"/> 0 Ausente<br><input type="checkbox"/> 1 Unilaterlal<br><input type="checkbox"/> 2 Unilateral difuso<br><input type="checkbox"/> 3 Bilateral                                                             |  |
| <b>Sibilos</b><br><br><input type="checkbox"/> 1 Ausente<br><input type="checkbox"/> 2 Unilaterlal<br><input type="checkbox"/> 3 Unilateral difuso<br><input type="checkbox"/> 4 Bilateral                                                                          |  | <b>Sopro Cardíaco</b><br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3  |  | <b>Alterações Radiológicas</b><br><input type="checkbox"/> 1 Condensacao alveolar<br><input type="checkbox"/> 2 Infiltrado intersticial<br><input type="checkbox"/> 3 Derrame pleural<br><input type="checkbox"/> 4 Outros<br><input type="checkbox"/> 5 aumento de área cardíaca |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

## Diagnóstico

## Diagnóstico Clínico

- ☐ 1 Dengue
- ☐ 2 Rubéola
- ☐ 3 Sarampo
- ☐ 4 Parvovirus B19
- ☐ 5 Mononucleose
- ☐ 6 Infec. aguda HIV
- ☐ 7 Varicela
- ☐ 8 Citomegalovírus
- ☐ 9 Enterovírus
- ☐ 10 Meningococcemia
- ☐ 11 Rickettsioses
- ☐ 12 Leptospirose
- ☐ 13 Febre amarela
- ☐ 14 Hepatites
- ☐ 15 Malária
- ☐ 16 Adenovírus
- ☐ 17 Rinovírus
- ☐ 18 meningites
- ☐ 19 Influenza
- ☐ 20 para-Influenza
- ☐ 21 USR
- ☐ 22 Outros

## Diagnóstico por Síndromes

- ☐ 1 Exantemática
- ☐ 2 Linfadenogálica
- ☐ 3 Hemorrágica
- ☐ 4 Ictérica
- ☐ 5 Respiratória
- ☐ 6 Neurológica
- ☐ 7 Febril
- ☐ 8 Diarreica
- ☐ 9 Missing

| <b>IgM -1</b>                       | <b>IgM -2</b>                       | <b>Isolamento</b>                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Positivo | <input type="checkbox"/> 1 Positivo | <input type="checkbox"/> 1 Positivo |
| <input type="checkbox"/> 2 Negativo | <input type="checkbox"/> 2 Negativo | <input type="checkbox"/> 2 Negativo |
| <b>IgG -1</b>                       | <b>IgG -2</b>                       | <b>NS1</b>                          |
| <input type="checkbox"/> 1 Positivo | <input type="checkbox"/> 1 Positivo | <input type="checkbox"/> 1 Positivo |
| <input type="checkbox"/> 2 Negativo | <input type="checkbox"/> 2 Negativo | <input type="checkbox"/> 2 Negativo |
|                                     | <b>PCR</b>                          |                                     |
|                                     | <input type="checkbox"/> 1 Positivo |                                     |
|                                     | <input type="checkbox"/> 2 Negativo |                                     |

## Tabela II-Exame

Laboratório

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data Exame

|  |  |   |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|

Htc%

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

Plaq. (x10<sup>3</sup>)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Hb

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | , |  |
|--|--|--|---|--|

Leucócitos

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Bas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Eos

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Jovens

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Bast

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Seg

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Linf

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Monócito Atípico

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Laboratório

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data Exame

|  |  |   |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|

Htc%

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

Plaq. (x10<sup>3</sup>)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Hb

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | , |  |
|--|--|--|---|--|

Leucócitos

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Bas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Eos

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Jovens

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Bast

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Seg

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Linf

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Monócito Atípico

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Tgo

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Tgp

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Albumina

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | , |  |
|--|---|--|

FA

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

TAP(%)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

BbD

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | , |  |  |
|--|--|---|--|--|

BbT

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | , |  |  |
|--|--|---|--|--|

Gama GT

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Ureia

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Sódio

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Creat

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

VHS

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Amilase

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Glicose

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

K+

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | , |  |
|--|---|--|

Tgo

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Tgp

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Albumina

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | , |  |
|--|---|--|

FA

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

TAP(%)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

BbD

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | , |  |  |
|--|--|---|--|--|

BbT

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | , |  |  |
|--|--|---|--|--|

Gama GT

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Ureia

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Sódio

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Creat

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | , |  |
|--|--|---|--|

VHS

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Amilase

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Glicose

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

K+

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | , |  |
|--|---|--|