

## A - Investigação de óbitos suspeitos por arboviroses - dengue, chikungunya e zika DOMICILIAR

### Dados de identificação do ÓBITO

**DI.01.** Nome do caso: \_\_\_\_\_

**DI.02.** Data do óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **DI.03.** Idade: \_\_\_ [ ]<sup>D</sup>- dias, M-meses, A-anos

### Dados de identificação do ENTREVISTADO

**DI.04.** Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

**DI.05.** Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino **DI.06.** Grau de parentesco com o caso: \_\_\_\_\_

**DI.07.** Município de residência: \_\_\_\_\_ **DI.08.** UF: \_\_\_\_\_

**DI.09.** Endereço: \_\_\_\_\_

**DI.10.** Ponto de referência: \_\_\_\_\_ **DI.11.** Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

### Assistência à Saúde

**AS.01.** Quais foram os sinais e sintomas apresentados: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

Sinais e sintomas apresentados	Data	Data	Data	Data
[ ] Febre Temperatura máxima(°C): _____	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Hipotermia Temperatura mínima(°C): _____	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Dor articular Extensão: [ ] Oligoarticular [ ] Poliarticular Intensidade: [ ] Leve [ ] Moderada [ ] Intensa	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Exantema Tipo exantema: [ ] Pruriginoso [ ] Macular [ ] Maculo-papular	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Prurido	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Cefaleia	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Dor retroorbitária	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Mialgia	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Conjuntivite seca	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Dor abdominal Intensidade: [ ] Leve [ ] Moderada [ ] Intensa	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Artrite	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Tenossinovite	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Edema de membros Localização: [ ] Articular [ ] Periarticular [ ] Disseminado	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Diarreia	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Náuseas	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Vômitos	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Calafrios	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Petéquias	/ /	/ /	/ /	/ /
[ ] Equimose	/ /	/ /	/ /	/ /

<input type="checkbox"/> Epistaxe	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Hematoma	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Prostração	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Sonolência	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Irritabilidade	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Hipotensão postural <input type="checkbox"/> Lipotimia	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Coriza	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Tosse	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Dispneia	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Faringite	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Paralisia	/ /	/ /	/ /	/ /

Outros, especificar: \_\_\_\_\_

**AS.02. QUAL A DATA DE INÍCIOS DOS PRIMEIROS SINTOMAS:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**AS.03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico?**

Sim  Não Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

Classe	Especificar	Data de início	Data do
<input type="checkbox"/> Corticoides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Analgésico		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antibióticos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /

\* Anti-inflamatórios não esteroides

**AS.04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico?**  Sim  Não

**AS.05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou?** [ ]

**AS.06. Descreva como foi o atendimento:**

Nº	Nome do serviço saúde	Município	Foi atendido? (Sim ou Não)	Data atendimento	Hipótese diagnóstica	Conduta
1º				/ /		<input type="checkbox"/> Alta / / <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito / /
2º				/ /		<input type="checkbox"/> Alta / / <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito / /
3º				/ /		<input type="checkbox"/> Alta / / <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito / /
4º				/ /		<input type="checkbox"/> Alta / / <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito / /

**AS.07.** Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? [ ] Sim [ ] Não– Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
[ ] Corticoides		/ /	/ /
[ ] AINES*		/ /	/ /
[ ] Analgésico		/ /	/ /
[ ] Antibióticos		/ /	/ /
[ ] Antivirais		/ /	/ /
[ ] Anticoagulantes		/ /	/ /
[ ] Reidratação oral		/ /	/ /
[ ] Soroterapiavenosa		/ /	/ /
[ ] Outros		/ /	/ /

\* Anti-inflamatórios não esteroides

**AS.08.** Fazia uso de medicamento de uso contínuo? [ ] Sim [ ] Não –Se sim, especificar qual(is): \_\_\_\_\_

**AS.09.** Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: [ ] Sim [ ] Não

Se sim, especificar: <sup>1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado</sup>

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| [ ] Gestante                             | [ ] Epilepsia                        |
| [ ] Puérpera                             | [ ] Doença hematológica              |
| [ ] Hipertensão Arterial Sistêmica       | [ ] Tabagismo                        |
| [ ] Diabetesmellitus                     | [ ] Etilismo                         |
| [ ] Doença renal crônica                 | [ ] Hepatite crônica                 |
| [ ] Doença acidopéptica                  | [ ] Cirrose hepática                 |
| [ ] Obesidade                            | [ ] Doenças reumatológicas           |
| [ ] Cardiopatia crônica                  | [ ] Doença pulmonarobstrutivacrônica |
| [ ] Asma                                 |                                      |
| [ ] Outras patologias,especificar: _____ |                                      |

### Contactantes

**C.01.** Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [ ] Sim [ ] Não

Se **sim**, especificar:**C.02.** Quantas pessoasadoeceram:.. \_\_\_\_\_

**C.03.** Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram:

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| [ ] Febre*Qts? ____             | [ ] Prostração *Qts? ____                      | [ ] Sangramento de mucosa *Qts? ____      |
| [ ] Cefaleia *Qts? ____         | [ ] Diarreia*Qts? ____                         | [ ] Coriza *Qts? ____                     |
| [ ] Mialgia *Qts? ____          | [ ] Vômitos*Qts? ____                          | [ ] Tosse *Qts? ____                      |
| [ ] Artralgia *Qts? ____        | [ ] Dor abdominal*Qts? ____                    | [ ] Insuficiência respiratória *Qts? ____ |
| [ ] Artrite*Qts? ____           | [ ] Sonolência*Qts? ____                       | [ ] Conjuntivite*Qts? ____                |
| [ ] Edema de membros *Qts? ____ | [ ] Irritabilidade *Qts? ____                  | [ ] Linfadenopatia *Qts? ____             |
| [ ] Tenossinovite *Qts? ____    | [ ] Hipotensão postural ou lipotimia*Qts? ____ | [ ] Dor degarganta *Qts? ____             |
| [ ] Exantema *Qts? ____         |  |   |
| [ ] Prurido *Qts? ____          |  |   |
| [ ] Outros,especificar: _____   |  |   |

### Observações

---



---



---

### Investigação

**IN.01.**Data: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IN.02.**Investigador: \_\_\_\_\_

\*Quantas pessoas apresentaram os sintomas