

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS FEBRE AMARELA HUMANA PARANÁ

Dados do paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado: _____ Município residência: _____

Profissão: _____ Endereço residência: _____

Data da notificação: _____ Início dos sintomas: _____

Município de atendimento clínico: _____

Telefone contato (DDD): _____

História clínica resumida:

É vacinado contra febre Amarela? _____ Se sim, qual data: _____

É vacinado contra Dengue? _____ Se sim, quantas doses: _____

Viajou para região endêmica FA? _____ Se sim, qual: _____

Esteve em área: () Rural () Urbana () Mata (silvestre) nos últimos 15 dias?

Tem morte de primatas (epizootia) na região de viagem? _____

O paciente apresentou

Febre? () Sim () Não

Falta de ar? () Sim () Não

Dor articular? () Sim () Não

Dor abdominal? () Sim () Não

Dor retroocular? () Sim () Não

Rash cutâneo? () Sim () Não

Dor muscular? () Sim () Não

Pele amarelada? () Sim () Não

Contato com ratos? () Sim () Não

Sangramentos? () Sim () Não

Petéquias / hematomas? () Sim () Não Diminuição da diurese? () Sim () Não

Exames solicitados: TGO: _____ TGP: _____ VG/Hb: _____ Leucócitos: _____
PCR: _____ VHS: _____ Bastões: _____ Plaquetas: _____ TAP: _____ TTPA: _____
Creatinina: _____ Ureia: _____ Bilirrubinas _____ IgM FA: _____
PCR FA: _____ Culturas: _____ Potássio: _____
CK _____
Outros: _____

Está na UTI: () Sim () Não

Realizado entubação: () Sim () Não Se sim, quanto tempo entubado: _____

Está em uso de antibiótico: () Sim () Não Se sim, especifique: _____

Diálise: () Sim () Não

Tratamento: _____

Evolução: _____

Data alta: _____ Data óbito: _____

Médico responsável pelo atendimento: _____

Dados Notificador:

Nome: _____ Data notificação: _____

Profissão: _____ Unidade notificante: _____

Estado: _____ Regional: _____ Município: _____

Telefone contato (DDD): _____

E-mail: _____