

FICHA DE INVESTIGAÇÃO BRUCELOSE

CASO SUSPEITO: Doença aguda ou insidiosa, caracterizada por febre e um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: sudorese noturna, artralgia, cefaléia, fadiga, anorexia, mialgia, artrite/espondilite, meningite, ou envolvimento focal de órgãos (endocardite, orquite/epididimite, hepatomegalia e esplenomegalia), com história epidemiológica sugestiva de contato com produto de origem animal contaminado, exposição ocupacional ou manejo de animal acometido por brucelose.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravo/doença BRUCELOSE		Código (CID10) A 23	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 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 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)		Código
	Dados Complementares do Caso						
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
32 Situação no Mercado de Trabalho 1 - Empregado registrado com carteira assinada 5 - Servidor público celetista 9- Cooperativado 2- Empregado não registrado 6- Aposentado 10- Trabalhador avulso 3- Autônomo/conta própria 7- Desempregado 11- Empregador 4- Servidor público estatutário 8- Trabalho temporário 12- Outros: _____ 99- Ignorado							
33 Local de ocorrência da exposição 1- Residência 2- Ambiente de trabalho 3- Serviços de saúde 4- Lazer 5- Escola 6- Ambiente externo 7- Outro _____ 9- Ignorado							
Dados da Exposição	34 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				35 Atividade Econômica (CNAE)		
	36 UF	37 Município do Estabelecimento			Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)				
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Ponto de referência do estabelecimento		44 CEP	
	45 (DDD) Telefone		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 País (se residente fora do Brasil)			

Dados da Exposição

48 Via de exposição/contaminação 1ª opção
 1- Cutânea 2- Respiratória 3- Ocular 4- Digestiva 5- Outra _____ 9- Ignorada 2ª opção
3ª opção

49 Circunstância da exposição / contaminação: 1ª opção
 1-Acidente com vacina 2- Parto de animais 3- Ordenha 4- Contato com fluidos de animais infectados 2ª opção
 5- Acidente em ambiente laboratorial 6- Inalação de aerossóis 7- Ingestão de leite e/ou derivados lácteos não pasteurizados 3ª opção
 8- Ingestão de carne/vísceras cruas ou mal cozidas de animal contaminado 9- Outro: _____ 10- Ignorado

50 Diagnóstico de Brucelose anterior **51** Data do diagnóstico anterior _____ **52** Tratamento realizado
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Clínicos

53 Sinais e Sintomas
 1 - Sim Febre Fadiga Anorexia Astenia Calafrios
 2 - Não Artralgia Cefaléia Mialgia Sudorese noturna Outros: _____
 9 - Ignorado

54 Complicações
 1 - Sim Endocardite Hepatomegalia Artrite/espondilite
 2 - Não Orquite/epididimite Esplenomegalia Meningite Outras _____
 9 - Ignorado

Atendimento

55 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento
 _____ 1 -Hora 2 -Dia 3 -Mês 4- Ano 9- Ignorado

56 Ocorreu hospitalização? **57** Data da internação _____ **58** Data da alta _____ **59** UF _____
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____ **61** Nome do Hospital _____ Código _____

Dados do Laboratório

62 Enzimaimunoensaio IgM (Resultado: Reagente ou Não reagente)

Data da Coleta	Resultado	Data da Coleta	Resultado
_____	_____	_____	_____

63 Enzimaimunoensaio IgG (Resultado: Reagente ou Não reagente)

Data da Coleta	Resultado	Data da Coleta	Resultado
_____	_____	_____	_____

64 PCR - Reação da Cadeia da Polimerase em Tempo Real (Resultado: Detectável ou Não detectável)

Data da Coleta	Resultado	Data da Coleta	Resultado
_____	_____	_____	_____

Tratamento

65 Medicamentos prescritos
 1 - Sim Doxiciclina Rifampicina Outro _____
 2 - Não Sulfametoxazol+Trimetoprima Gentamicina
 9 - Ignorado

Conclusão

66 Data da Investigação _____ **67** Classificação Final **68** Critério de Confirmação/Descarte
 1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratorial 2 - Clínico Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

69 O caso é autóctone do município de residência? **70** UF _____ **71** País _____
 1 - Sim 2 - Não 3- Indeterminado

72 Município _____ Código (IBGE) _____ **73** Distrito _____ **74** Bairro _____

75 Doença Relacionada ao Trabalho **76** Evolução do Caso
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado

77 Data do Óbito _____ **78** Data do Encerramento _____

Observações:
