

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO PARACOCCIDIOIDOMICOSE**

**CÓDIGO DO FORMSUS:** \_\_\_\_\_

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>PARACOCCIDIOIDOMICOSE</b>		Código (CID) <b>B 41</b>		3 Data da Notificação					
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)							
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico					
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento							
Dados de Identificação	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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							
	17 Logradouro (rua, avenida,...)				Código		18 Número					
Dados de Residência	19 Complemento (apto., casa, ...)			20 Ponto de Referência		21 Bairro						
	22 Município de Residência		Código (IBGE)		23 Distrito		24 CEP					
	25 (DDD) Telefone		26 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		27 UF	28 País (se residente fora do Brasil)	29 Código					
	<b>Dados Complementares do Caso</b>											
	30 Nº do Prontuário		31 Data do Início dos Sintomas		32 Ocupação							
Antecedentes Epidemiológicos	33 Trabalho rural atual ou passado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34 Local de Nascimento				35 UF					
	36 Local de adoecimento		37 UF	38 Tipo de Entrada 1. Caso Novo 2. Recidiva 3. Reingresso após abandono 4. Transferência 9. Ignorado								
	39 Órgãos acometidos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Pulmões	<input type="checkbox"/> Mucosa oral	<input type="checkbox"/> Adrenais	<input type="checkbox"/> Linfonodos	<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Laringe	<input type="checkbox"/> Sistema Nervoso Central	<input type="checkbox"/> Fígado	<input type="checkbox"/> Intestino	<input type="checkbox"/> Outros _____
Dados Clínicos e Laboratoriais	40 Comorbidades 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Outros _____											
	41 RX de Tórax 1. Normal 2. Infiltrado nodular 3. Lesão cavitária 4. Sugestivo de outra etiologia 5. Não realizado 9. Ignorado											
	42 Diagnóstico laboratorial 1. Positivo 2. Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado 9. Ignorado <input type="checkbox"/> Micológico direto <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Sorológico <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Outros _____											
	43 Tratamento prévio 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		44 Medicamento utilizado 1.Sulfametoxazol/trimetoprim 2.Cetoconazol 3. Itraconazol 4. Anfotericina B 9.Ignorado				45 Duração do tratamento 1. menos de 9 meses 2. menos de 18 meses 3. 24 meses 9. ignorado					
Tratamento	46 Tratamento atual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Data do início		47 Medicamento utilizado 1.Sulfametoxazol/trimetoprim 2. Itraconazol 3. Anfotericina B 9.Ignorado							
	48 Encerramento do caso 1. Confirmado 2. Provável 3. Descartado		49 Critério de confirmação 1. Laboratorial			50 Classificação Clínica Final 1. Forma Aguda/Subaguda 2. Forma Crônica 3. Outro agravo						
Conclusão	51 Evolução do Caso 1. Cura clínica para acompanhamento 2. Óbito 3. Ignorado				52 Data do Óbito		53 Data do Encerramento					
	Observações adicionais											
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Código da Unidade de Saúde					
	Nome				Cargo/Função		Assinatura					