

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/doença DIFTERIA	3 Data da Notificação Código (CID10) A 36.9	
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	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	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado	
	34 Nome do Contato	
Dados Clínicos	35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)	
	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado	37 Data da Última Dose
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Edema Ganglionar Edema de Pescoço Febre Prostração Pseudomembrana Palidez	
39 Temperatura Corporal _____ °C		
40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Cavidade Nasal Amígdalas Cordão Umbilical Faringe Laringe Órgãos Genitais Pálato Conduto Auditivo Traquéia Pele Conjuntiva		
Complicações		
41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Miocardite Nefrite Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) Arritmias Cardíacas Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma Outras _____		

