

CASO SUSPEITO: Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação			
	FEBRE AMARELA		A 9 5.9					
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante <input type="checkbox"/>		
	14		Escolaridade					
	15		Número do Cartão SUS					
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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso							
Ocupação	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias							
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)					
Antecedentes Epidemiológicos	34	Vacinado Contra Febre Amarela			35	Caso Afirmativo, Data		
	36	UF						
Antecedentes Epidemiológicos	37	Município		Código (IBGE)	38	Unidade de Saúde		
Dados Clínicos	39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado							
	<input type="checkbox"/> Dor abdominal		<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)			<input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)		
Atendimento	40 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				41	Data da Internação		
	42	UF						
Atendimento	43	Município		Código (IBGE)	44	Unidade de Saúde		
Dados do Laboratório	45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)							
	Bilirrubina Total _____ mg/dl		AST (TGO) _____ UI					
Bilirrubina Direta _____ mg/dl		ALT (TGP) _____ UI						

