



Estado de Goiás

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM ÂMBITO ESTADUAL
Conforme Resolução 004/2013 SES-GO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

DIGITAR APENAS CASOS CONFIRMADOS PELA SOROLOGIA NA FICHA CONCLUSÃO DO SINAN NET DE ACORDO COM O CID10

CASO SUSPEITO:

Indivíduo que: reside ou residiu em áreas endêmicas para esta doença; teve contato com triatomíneos; recebeu ou doou sangue; filhos de mães infectadas cronicamente por Trypanosoma cruzi; histórico familiar para Chagas, no sentido de analisar possíveis mecanismos de transmissão e situação epidemiológica atual da população da localidade de procedência do caso.

CASO CONFIRMADO:

Critério laboratorial: essencialmente sorológico. Devido à sua elevada sensibilidade e especificidade, os testes sorológicos mais utilizados para a detecção da infecção por T. cruzi são: 1. Hemaglutinação Indireta (HAI) 2. Imunofluorescência Indireta (IFI) 3. ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay)

Form fields for data collection, categorized into: Dados Gerais (1-7), Notificação Individual (8-16), Dados de Residência (17-30), Dados Complementares do Caso (31-32), and Antecedentes epidemiológicos (33-40).

Dados Clínicos	41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Endemas de Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Constipação Intestinal <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Dificuldade de deglutir alimentos secos e / ou frios <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Doenças prévias (doença febril, doenças auto-imunes, sífilis, malária, Leishmaniose)

Dados do Laboratório	42 Data da coleta	43 Parasitológico Direto	<input type="checkbox"/> Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço <input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/>	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Strout/Microhematócrito/QBC
	44 Data da coleta	45 Resultado da Sorologia para ELISA	46 Resultado da Hemoaglutinação
	<input type="checkbox"/>	IgM IgG 1 - Reagente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 - Não-Reagente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	IgM 1 : <input type="checkbox"/>
47 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI	IgM Titulos	IgG Titulos	
<input type="checkbox"/>	1 - Reagente <input type="checkbox"/> 1 : <input type="checkbox"/>	1 - Reagente <input type="checkbox"/> 1 : <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2 - Não-Reagente <input type="checkbox"/>	2 - Não-Reagente <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>	3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	4 - Não Realizado <input type="checkbox"/>	4 - Não Realizado <input type="checkbox"/>	
48 Data da coleta do Histopatológico	49 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		

Tratamento	50 Tipo de Tratamento <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Sintomático	51 Droga Utilizada no Tratamento Específico <input type="checkbox"/>	52 Tempo de tratamento <input type="checkbox"/>	53 Houve reação adversa <input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Benznidazol 2 - Outra	-Dias	1-Sim 2 - Não Se sim, qual? _____

Medidas de Controle	54 Medidas Tomadas	<input type="checkbox"/> Controle de Triatomíneos	<input type="checkbox"/> Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia	<input type="checkbox"/> Outros _____

Conclusão	55 Classificação Final <input type="checkbox"/>	56 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>	57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	58 Data do Óbito
	1-Confirmado 2-Descartado	1 - Laboratório <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> 3 - Clínico	1-Vivo 2-Óbito por D. Chagas Crônica 3-Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	59 Modo Provável da Infecção <input type="checkbox"/>	60 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias) <input type="checkbox"/>		
	1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical	1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado		
	4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada			
	61 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	62 UF	63 País	
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
64 Município	Código (IBGE)	65 Distrito	66 Bairro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	68 Data do Encerramento			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>			

ATENÇÃO: ESTÁ FICHA DE INVESTIGAÇÃO DEVE SER UTILIZADA PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA CONCLUSÃO NO SINAN NET E SEU ENVIO A COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ZONÓSES É OBRIGATÓRIA

OBSERVAÇÕES:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nome Legível	Função
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>