



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTA TÉCNICA Nº 03/2024 NEVE/GEVS/SSVS/SESA

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR ARBOVIROSES

1. Apresentação geral

Trata-se de nota técnica para estabelecer o fluxo de investigação de óbitos por arboviroses no estado do Espírito Santo.

Objetivos da investigação de óbitos por arboviroses:

- Investigar os óbitos suspeitos por arboviroses visando identificar os fatores associados para ocorrência dos óbitos e propor medidas para melhoria na assistência e vigilância epidemiológica.
- Disponibilizar protocolo padrão de investigação de óbitos para as vigilâncias epidemiológicas;
- Classificar os óbitos atribuídos à infecção por dengue, chikungunya e Zika e outros arbovírus;
- Compreender as principais diferenças clínicas para evolução das arboviroses;

2. Definições (Classificação dos óbitos):

Óbito suspeito por arboviroses: Indivíduo que evoluiu ao óbito e foi notificado como suspeito de infecção por dengue, chikungunya, Zika ou outros arbovírus atendendo as definições de casos suspeitos, independente dessa notificação ter se dado antes ou após a ocorrência do óbito.

Óbito confirmado por dengue: todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso que morreu como consequência da dengue e possui exame laboratorial positivo (RT-PCR, sorologia IgM e NS1 por metodologia ELISA) ou vínculo clínico-epidemiológico (vínculo com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial e espaço-temporal dos casos confirmados do território ou quando não foi possível confirmar outro diagnóstico e descartar a suspeita de arbovirose).

De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 16/2024-CGLAB/SVSA/MS, os testes rápidos imunocromatográficos de sorologia IgM ou IgG e antígeno NS1, não são considerados como ferramentas para o encerramento de casos e óbito por arboviroses.



Óbito por Chikungunya: todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da chikungunya e possui exame laboratorial positivo (RT-PCR, sorologia IgM pela metodologia ELISA) .

Óbito por Zika: todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da Zika e possui exame laboratorial positivo (RT-PCR, sorologia IgM pela metodologia ELISA com titulação quatro vezes ou mais que sorologia IgM para outros flavivírus).

Caso descartado de óbito por arboviroses: caso que não preenche a definição de caso suspeito do agravo ou caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo ou diagnóstico confirmado para outra doença/agravo.

3. Comunicação de óbito por arboviroses:

De acordo com a PORTARIA Nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022, a comunicação do óbito de pessoa suspeita de infecção por arboviroses deve ser realizada em até 24 horas após a ocorrência do óbito.

O município deve comunicar a referência técnica das arboviroses presente na Superintendência Regional de Saúde e ao Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica do nível central pelo e-mail arbovirose@saude.es.gov.br, com o assunto: COMUNICADO DE ÓBITO_NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO_MUNICÍPIO.

4. Processo de investigação de óbito:

A metodologia proposta para investigação consiste na coleta sistemática de dados clínicos e epidemiológicos em sistemas de informação e entrevistas com os familiares utilizando instrumentos padronizados.

Após o envio da coleta de dados referente à investigação, os casos serão discutidos no Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses, que diante das informações disponibilizadas irá classificar o óbito de acordo com as definições desta nota.

Documentos necessários para investigação de óbito:

- Declaração de óbito;
- Formulário de dados de prontuário - Ficha A (anexo I);
- Formulário de entrevista com o familiar - Ficha B (anexo II);



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Relato de internação e atendimento hospitalar;
- Relato do histórico de atendimentos na atenção primária à saúde;
- Resultados laboratoriais de exames específicos para arboviroses (RT-PCR, sorologia IgM e IgG, NS1 pela metodologia ELISA);
- Resultados laboratoriais de exames inespecíficos (hemograma, função hepática, função renal, exames de imagem, albumina);

O prazo para o envio da documentação referente a investigação de óbito pelo município de residência deve ser de até 30 dias após a ocorrência do óbito.

A Superintendência Regional de Saúde e município deve encaminhar a documentação ao Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses em até 30 dias após a ocorrência do óbito pelo e-mail arbovirose@saude.es.gov.br, com o assunto: INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO_NOME_NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO_MUNICÍPIO.

5. Encerramento dos casos:

Os casos suspeitos após investigação e análise do Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses serão classificados conforme as definições de caso estabelecidas nesta nota técnica e será informado ao município de residência por meio da Superintendência Regional de Saúde para o encerramento no sistema de informação de vigilância em saúde e-SUS VS de forma imediata.

Todo o processo de investigação de óbito e fluxo de informação entre os órgãos competentes até o encerramento do caso no sistema de informação de vigilância em saúde e-SUS VS deve ocorrer em até 60 dias.

6. Responsabilidades da vigilância epidemiológica:

a) Vigilância epidemiológica municipal:

- Comunicar o óbito suspeito de arboviroses à Superintendência Regional de Saúde;
- Realizar o levantamento da documentação para a investigação de óbito;
- Encaminhar o relatório e investigação e a documentação à Superintendência Regional de Saúde;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Qualificar e encerrar a ficha de notificação sistema de informação de vigilância em saúde e-SUS VS após o parecer do Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses.

b) Vigilância epidemiológica hospitalar:

- Preencher a DAEi (Doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação imediata, conforme Portaria N°1.601, 18 de maio de 2020) para todo casos de óbito confirmado e/ou suspeito;
- Encaminhar DAEi à coordenação da RENAVEH estadual e a vigilância do município referência do Hospital. Cabe a coordenação da RENAVEH estadual o encaminhamento da DAEi à referência do agravo e a referência da regional de saúde do município de residência;
- Realizar busca ativa em prontuário e em Declarações de óbito de suspeitos/ confirmados de infecções por arbovirus;
- Coletar os exames laboratoriais em tempo oportuno;
- Auxiliar a vigilância municipal e estadual, na coleta de informações a respeito dos casos de óbito.

c) Vigilância epidemiológica da Superintendência Regional de Saúde:

- Auxiliar o município no processo de levantamento da documentação necessária para investigação do óbito;
- Auxiliar o município na elaboração do relatório de investigação;
- Comunicar o óbito suspeito ao Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses;
- Encaminhar o relatório e documentação ao Comitê Estadual de Investigação de Óbito por Arboviroses;
- Encaminhar o parecer com a classificação do óbito ao serviço de vigilância epidemiológica municipal.

d) Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica - Central:

- Realizar a discussão dos óbitos investigados;
- Classificar os óbitos investigados de acordo com essa nota técnica;
- Encaminhar o parecer com a classificação do óbito à Superintendência Regional de Saúde;
- Auxiliar a Superintendência Regional de Saúde no processo de investigação do óbito;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Realizar estudo descritivo dos óbitos confirmados por arboviroses;
- Divulgar o resultado do estudo descritivo dos óbitos confirmados por arboviroses.

Vitória, 26 de março de 2024

Fabiana Marques Dias e Silva

Chefe de Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

João Paulo Cola

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Adriana Endlich da Silva

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Raphael Lubiana Zanotti

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Aline Corbellari Zamprogno

Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH)

ASSINATURAS (5)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

JOÃO PAULO COLA
ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 26/03/2024 15:17:14 -03:00

ADRIANA ENDLICH DA SILVA DELA COSTA
ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 26/03/2024 15:25:23 -03:00

ALINE CORBELLARI ZAMPROGNO
ENFERMEIRO - QSS
GEVS - SESA - GOVES
assinado em 26/03/2024 15:35:11 -03:00

FABIANA MARQUES DIAS E SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 26/03/2024 15:28:36 -03:00

RAPHAEL LUBIANA ZANOTTI
MEDICO
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 27/03/2024 10:20:57 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 27/03/2024 10:20:58 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JOÃO PAULO COLA (ENFERMEIRO - DT - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-2341Q4>

A - Investigação de óbito por arbovírus – Prontuário

Dados de Identificação

DI01. Nº SINAN: _____ **DI02.** Nº GAL: _____

DI03. Nome do paciente: _____

DI04. Data nascimento: ____/____/____ **DI05.** Idade: ____ []^{D-dias, M-meses, A-anos}

DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino **DI07.** Nome da mãe: _____

DI08. Telefone: (____) _____ **DI09.** Município de residência: _____

DI10. UF: ____ **DI11.** Endereço: _____

DI12. Bairro: _____ **DI13.** Ponto de referência: _____

Dados de Internação

IT01. Nome do serviço de saúde: _____

IT02. Município de internação: _____

IT03. Data de admissão: ____/____/____ **IT04.** Unidade: [] PS [] Clínica [] UTI [] Outro: **IT04.1.** _____

IT05. Estadiamento: [] A [] B [] C [] D [] Não realizado

IT06. Hipótese diagnóstica inicial: _____

Dados Clínicos

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [] Sim [] Não

DC02. Data início dos sintomas: ____/____/____

DC03. Sinais e sintomas apresentados: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

[] Febre	[] Cefaleia	[] Equimose
Data início: ____/____/____	[] Dor retroorbitária	[] Epistaxe
Duração (dias): ____	[] Mialgia	[] Hematoma
Temperatura máxima (°C): ____	[] Conjuntivite seca	[] Prostração
[] Hipotermia	[] Dor abdominal	[] Sonolência
Temperatura mínima (°C): ____	Intensidade: [] Leve	[] Irritabilidade
[] Dor articular	[] Moderada	[] Hipotensão postural
Extensão: [] Oligoarticular	[] Intensa	[] Lipotimia
[] Poliarticular	[] Artrite	[] Hepatomegalia
Intensidade: [] Leve	[] Tenossinovite	[] Esplenomegalia
[] Moderada	[] Edema de membros	[] Coriza
[] Intensa	Localização: [] Articular	[] Tosse
[] Exantema	[] Periarticular	[] Dispneia
Data início: ____/____/____	[] Disseminado	[] Dor de garganta
Duração (dias): ____	[] Diarreia	[] Faringite
Tipo exantema: [] Pruriginoso	[] Náuseas	[] Linfadenopatia
[] Macular	[] Vômitos	[] Paresia
[] Maculo-papular	[] Calafrios	[] Paralisia
[] Prurido	[] Petéquias	
[] Outros, especificar: _____		

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Gestante | ☐ Obesidade | ☐ Etilismo |
| ☐ Puérpera | ☐ Cardiopatia crônica | ☐ Hepatite crônica |
| ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica | ☐ Asma | ☐ Cirrose hepática |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Epilepsia | ☐ Doenças reumatológicas |
| ☐ Doença renal crônica | ☐ Doença hematológica | |
| ☐ Doença acidopéptica | ☐ Tabagismo | |
| ☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica | ☐ Outras patologias, especificar: _____ | |

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado

DC5.1 Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado

DC6.1. Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado

Se Sim, especificar:

DC8. Manifestações neurológicas: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Meningoencefalite | ☐ Neuropatia | ☐ Alteração/rebaixamento |
| ☐ Encefalite | ☐ Síndrome de Guillain-Barré | consciência |
| ☐ Convulsões | ☐ Síndrome cerebelar | ☐ Coma |
| ☐ Paresia | ☐ Encefalomielite aguda disseminada | ☐ Sinais meníngeos |
| ☐ Paralisia | ☐ Agitação | |
| ☐ Outras, especificar: _____ | | |

DC9. Manifestações oculares: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Neurite óptica | ☐ Episclerite | ☐ Uveíte |
| ☐ Iridociclite | ☐ Retinite | |
| ☐ Outras, especificar: _____ | | |

DC10. Manifestações dermatológicas: ☐ Sim ☐ Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|---|---|
| ☐ Hiperpigmentação fotossensível | ☐ Úlcera aftosa intertriginosa |
| ☐ Dermatose vesículo-bolhosa | ☐ Isquemia cutânea |
| ☐ Outras, especificar: _____ | |

DC11. Quadro renal: ☐ Sim ☐ Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|---|---|
| ☐ Nefrite | ☐ Redução do débito urinário |
| ☐ Insuficiência Renal Aguda | ☐ Alteração da cor da urina |
| ☐ Outras, especificar: _____ | |

DC12. Quadro hemorrágico: ☐ Sim ☐ Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Hematemese | ☐ Sangramento do SNC | ☐ Sangramento digestivo alto |
| ☐ Melena | ☐ Sangramentos cutâneos | ☐ Sangramento digestivo baixo |
| ☐ Metrorragia volumosa | ☐ Sangramentos de mucosa oral | |
| ☐ Sangramento cavitário (abdominal, torácico) | | |
| ☐ Outros, especificar: _____ | | |

DC13. Evoluiu para choque: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|---|---|
| ☐ Taquicardia | ☐ Extremidades frias |
| ☐ Pulso débil ou inidentificável | ☐ Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$ |
| ☐ PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg) | ☐ Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg) |
| ☐ Outros, especificar: _____ | |

DC14. Presença de outras complicações: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|---|---|
| ☐ Miocardite | ☐ Hipoadrenalismo |
| ☐ Discrasias hemorrágicas | ☐ Icterícia |
| ☐ Pneumonia | ☐ Edema agudo pulmonar |
| ☐ Insuficiência respiratória | ☐ Infecção associada à assistência à saúde |
| ☐ Taquidispneia | ☐ Outras, especificar: _____ |
| ☐ Hepatite aguda | _____ |
| ☐ Pancreatite aguda | _____ |

Evolução clínica

EC1. Houve remoção para UTI: ☐ Sim ☐ Não **EC1.1.** Se sim, data admissão: ____/____/____

EC1.2. Data alta da UTI: ____/____/____

EC2. Evolução:

- | | | |
|--|----------------------|------------------|
| ☐ Transferência | Data: ____/____/____ | Para onde: _____ |
| ☐ Alta | Data: ____/____/____ | |
| ☐ Óbito | Data: ____/____/____ | |

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- I) _____
- II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, descreva o laudo:

EC5. Se óbito fetal ou em menores de 1 ano, quando ocorreu em relação ao parto:

- ☐ Antes ☐ Durante ☐ Após ☐ Ignorado

Manejo Clínico

MC01. Recebeu soroterapia intravenosa: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

MC02. Data de início: ____/____/____ **MC03.** Usou por quantos dias: _____

MC04. Especificar volume diário infundido:

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Total (ml)						

MC05. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
☐ Corticoides		/ /	/ /
☐ AINES*		/ /	/ /
☐ Paracetamol		/ /	/ /
☐ Antibióticos		/ /	/ /
☐ Antivirais		/ /	/ /
☐ Anticoagulantes		/ /	/ /
☐ Imonoglobulina intravenosa		/ /	/ /
☐ Outros		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar (Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados nas primeiras 48h e os mais próximos da ocorrência do óbito):

Data Coleta	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hematócrito										
Hemoglobina										
Plaquetas										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Eosinófilos										
Basófilos										
Monócitos										
Linfócitos										
Bastonetes										
AST - TGO										
ALT - TGP										
Ureia										
Creatinina										
Sódio										
Potássio										
Albumina										
Fosfatase Alcalina										
Bilir. total										
Bilir. direta										
Bilir. indireta										

LI2. Realizou punção líquórica: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

LI2.1. Data: ____ / ____ / ____ **LI2.2.** Aspecto: ☐ Límpido ☐ Turvo ☐ Hemorrágico ☐ Outro: _____

LI2.3. Análise bioquímica do líquido:

Hemácias (mm ³)	Leucócitos (mm ³)	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

LI3. Realizou algum exame de imagem: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

Exame	Topografia	Data	Resultado	Se alterado, laudo
☐ Radiografia		/ /	☐ Normal ☐ Alterado	
☐ Ultrassonografia		/ /	☐ Normal ☐ Alterado	
☐ Tomografia		/ /	☐ Normal ☐ Alterado	
☐ Ressonância		/ /	☐ Normal ☐ Alterado	

Exames Laboratoriais Específicos

LE01. Realizou algum exame etiológico: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Outra técnica*
☐ Zika vírus	☐ Soro	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Urina	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Vísceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Dengue	☐ Soro	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Vísceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Chikungunya	☐ Soro	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Vísceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Outro agente, especificar:	☐ Soro	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Urina	/ /	☐ IgM ☐ IgG	☐	
	☐ Vísceras	/ /	☐ IHQ	☐	

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente etiológico
	/ /	
	/ /	
	/ /	

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar onde:

Encerramento

EN01. Encerramento: ☐ Confirmado ☐ Descartado ☐ Provável ☐ Inconclusivo ☐ Em investigação

EN02. Critério: ☐ Clínico-epidemiológico ☐ Laboratorial

EN03. Classificação: ☐ Zika ☐ Dengue ☐ Chikungunya ☐ Outros, especificar: _____

Observações

Investigação

IN01. Data: ____ / ____ / ____ **IN01.** Investigador: _____

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

Dados de Identificação

DI01. ID: _____ **DI02.** Nome do entrevistado: _____

DI03. Data nascimento: ____/____/____ **DI04.** Idade: _____ []^D- dias, M-meses, A-anos

DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino **DI06.** Grau de parentesco com o caso: _____

DI07. Município de residência: _____ **DI08.** UF: _____

DI09. Endereço: _____

DI10. Ponto de referência: _____ **DI11.** Telefone: (____) _____

Assistência à Saúde

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se Sim, Qual a data de início dos sintomas: ____/____/____

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

[] Febre Data início: ____/____/____ Duração (dias): ____ Temperatura máxima (°C): ____	[] Cefaleia [] Dor retroorbitária [] Mialgia [] Conjuntivite seca [] Dor abdominal Intensidade: [] Leve [] Moderada [] Intensa [] Artrite [] Tenossinovite [] Edema de membros Localização: [] Articular [] Periarticular [] Disseminado	[] Equimose [] Epistaxe [] Hematoma [] Prostração [] Sonolência [] Irritabilidade [] Hipotensão postural [] Lipotimia [] Hepatomegalia [] Esplenomegalia [] Coriza [] Tosse [] Dispneia [] Dor de garganta [] Faringite [] Linfadenopatia [] Paresia [] Paralisia
[] Hipotermia Temperatura mínima (°C): ____	[] Moderada [] Intensa	
[] Dor articular Extensão: [] Oligoarticular [] Poliarticular Intensidade: [] Leve [] Moderada [] Intensa	[] Diarreia [] Náuseas [] Vômitos [] Calafrios [] Petéquias	
[] Exantema Data início: ____/____/____ Duração (dias): ____ Tipo exantema: [] Pruriginoso [] Macular [] Maculo-papular		
[] Prurido		
[] Outros, especificar: _____		

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
[] Corticoides		/ /	/ /
[] AINES*		/ /	/ /
[] Paracetamol		/ /	/ /
[] Antibióticos		/ /	/ /
[] Antivirais		/ /	/ /
[] Anticoagulantes		/ /	/ /
[] Outros		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? [] **AS31.** Descreva como foi o atendimento:

Nome serviço saúde	Município	Data atendimento	Hipótese diagnóstica	Conduta
		/ /		[] Alta (___/___/___) [] Internação [] Transferência
		/ /		[] Alta (___/___/___) [] Internação [] Transferência
		/ /		[] Alta (___/___/___) [] Internação [] Transferência
		/ /		[] Alta (___/___/___) [] Internação [] Transferência
		/ /		[] Alta (___/___/___) [] Internação [] Transferência

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? [] Sim [] Não [] Não sei –

Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
[] Corticoides		/ /	/ /
[] AINES*		/ /	/ /
[] Paracetamol		/ /	/ /
[] Antibióticos		/ /	/ /
[] Antivirais		/ /	/ /
[] Anticoagulantes		/ /	/ /
[] Reidratação oral		/ /	/ /
[] Soroterapia venosa		/ /	/ /
[] Outros		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? [] Sim [] Não –

Se sim, especificar qual (is):

AS08. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: [] Sim [] Não

Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | |
|--|-------------------------------|
| [] Gestante | [] Asma |
| [] Puérpera | [] Epilepsia |
| [] Hipertensão Arterial Sistêmica | [] Doença hematológica |
| [] Diabetes mellitus | [] Tabagismo |
| [] Doença renal crônica | [] Etilismo |
| [] Doença acidopéptica | [] Hepatite crônica |
| [] Obesidade | [] Cirrose hepática |
| [] Cardiopatia crônica | [] Doenças reumatológicas |
| [] Doença pulmonar obstrutiva crônica | |
| [] Outras patologias, especificar: _____ | |

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, especificar:

C02. Quantas pessoas adoeceram: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Febre | ☐ Prurido | ☐ Sangramento de mucosa |
| ☐ Cefaleia | ☐ Prostração | ☐ Coriza |
| ☐ Mialgia | ☐ Diarreia | ☐ Tosse |
| ☐ Artralgia | ☐ Vômitos | ☐ Insuficiência respiratória |
| ☐ Artrite | ☐ Dor abdominal | ☐ Conjuntivite |
| ☐ Edema de membros | ☐ Sonolência | ☐ Linfadenopatia |
| ☐ Tenossinovite | ☐ Irritabilidade | ☐ Dor de garganta |
| ☐ Exantema | ☐ Hipotensão postural ou lipotimia | |
| ☐ Outros, especificar: _____ | | |

Observações

Investigação

I01. Data: ____ / ____ / ____

I02. Investigador: _____