

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
FILARIOSE

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença FILARIOSE		Código (CID10) B 74.0	4 UF
	5 Município de notificação		Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	7 Data da ocorrência da violência		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 1-1ºTrimestre 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 à 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	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	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	
Antecedentes Epidemiológicos	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)	
	31 Data da Investigação			
Antecedentes Clínicos	32 Ocupação		33 Residente ou procedente de área endêmica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Se sim, qual local?	
	34 Tempo de residência nesse local 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano		35 Dados da investigação entomológica Presença de infecção vetorial 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	36 História de: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Familiar de linfedema Trauma localizado Linfedema Há quanto tempo? Cirurgia vascular ortopédica Trombose venosa Hidrocele Há quanto tempo? Imobilização prolongada de membros Câncer Quilúria Há quanto tempo?			
Dados Clínicos	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Gerais: Febre Cefaléia Astenia Perda de peso Quilúria Tosse asmatiforme Dispnéia Locais: Dor, Calor e Rubor Linfedema Epididimite Erisipela Orquite Hidrocele Elefantíase Outros Hipertrofia ganglionar Adenite Especifique 1 Inguinal 3 Epitrocleana 1 Inguinal 3 Epitrocleana 2 Axilar 4 Outra localização 2 Axilar 4 Outra localização			
	38 Localização Sinais e Sintomas Locais 1 -Sim 2 -Não 3 - Não apresenta Membro superior Mama Membro inferior Órgãos genitais			

Filariose

SVS 11/07/2008

Dados de Laboratório	39 Parasitológico 1 - Positivo 2 - Negativo 9 - Não realizado ☐ Gota ☐ Filtração ☐ Hemoconcentração ☐ PCR	40 Imunodiagnóstico 1 - Positivo 2 - Negativo 9 - Não realizado ☐ Og4C3 - ELISA ☐ Teste do cartão (ICT)		
	41 Contagem de eosinófilos _____ mm ³	42 Proteinúria de 24 horas _____ mg/L		
	43 Identificação do verme adulto 1 - Sim 2 - Não 9 - Não realizado ☐ Ultrassonografia ☐ Exame histopatológico			
Tratamento	44 Tratamento <i>Se realizado, especificar esquema terapêutico:</i> ☐ 1. realizado ☐ 1. Dietilcarbamazina (DEC) 6mg/kg/dia 12 dias ☐ 2. não realizado ☐ 2. DEC/dose única semestral/2 anos ☐ 9. ignorado ☐ 3. DEC/dose única anual/4 anos <i>Se não realizado, especificar motivo:</i> ☐ 1. abandono ☐ 4. DEC (outro esquema terapêutico) ☐ 2. recusa ☐ 5. Outros ☐ 9. Não se aplica 45 Data de início do tratamento atual 			
	46 Critério de confirmação ou descarte ☐ 1. clínico-epidemiológico 2. Laboratorial 3. clínico-epidemiológico-laboratorial			
Diagnóstico	47 Classificação final ☐ 1. Confirmado ☐ 2. Descartado			
	48 Se confirmado, o caso é: ☐ 1. Autóctone ☐ 2. Alóctone			
	49 Forma Clínica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Microfiliaremia/Antigenemia assintomática ☐ Eosinofilia Pulmonar Tropical ☐ Adenopatia filarial ☐ Doença Filarial Aguda ☐ Doença Filarial Crônica ☐ Linfedema ☐ Hidrocele ☐ Adenite ☐ Orquite ☐ Quilúria ☐ Linfangite ☐ Orquiepididimite ☐ Adenolinfangite ☐ Epididimite ☐ Elefantíase <i>Especifique (1- sim 2- não 9- ignorado)</i>			
Informações complementares e observações				
Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)				
Data	UF	MUNICÍPIO	Endereço	Localidade
Observações:				
Investigador	50 Município/Unidade de Saúde			51 Cód. da Unid. de Saúde
	52 Nome	53 Função		54 Assinatura