

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.
Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença COQUELUCHE		Código (CID10) A 37.9		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	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 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			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 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 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (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					
	35 Nome do Contato					
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)					
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado					38 Data da Última Dose
39 Data do Início da Tosse						
40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____						
41 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____						

Atendimento	42 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43 Data da Internação	44 UF	45 Município do Hospital	Código (IBGE)
	46 Nome do Hospital				Código
Tratamento	47 Utilizou Antibiótico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				48 Data de Adm. do Antibiótico
	49 Coleta de Material da Nasofaringe <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 Data da Coleta de Material		51 Resultado da Cultura <input type="checkbox"/> 1-Positiva 2-Negativa 3-Não Realizada 9-Ignorado
Dados Lab.	52 Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Se Sim, Quantos?		54 Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes <input type="checkbox"/> 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado
	55 Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		56 Se Sim, Em Quantos?		57 Em quantos comunicantes o resultado da cultura foi positivo? <input type="checkbox"/>
Medidas de Controle	58 Medidas de prevenção/control 1 - bloqueio vacinal 2 -Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado				
	59 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado		60 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		
Conclusão	61 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		62 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por coqueluche 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	63 Data do Óbito		64 Data do Encerramento		

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função	Assinatura	
	Coqueluche		Sinan NET	SVS 09/06//2006	