

Ficha para notificação de Arboviroses por laboratórios de análises clínicas

Laboratório de coleta:

Gestante:

Data de coleta:

SINAN: (não preencher)

Sim Não

/ /

Suspeita:

Data de início dos sintomas:

Dengue

Chikungunya

Zika

Fertilização in vitro

/ /

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Idade:

/ /

Endereço de moradia

Rua/Av: _____ Nº _____ Comp (apto, casa): _____

Endereço de moradia

Telefone:

Bairro: _____ Cidade (UF): _____ ()

Sexo _____ Nome da mãe: _____

Masc Fem

Endereço de trabalho ou estudo

Rua/Av: _____ Nº _____ Comp (apto, casa): _____

Endereço de trabalho ou estudo

Casos semelhantes no trabalho/estudo

Bairro: _____ Cidade (UF): _____ Sim Não Explique: _____

Municípios (UF) onde esteve nos últimos 15 dias antes do início dos sintomas:

Sintomas nos últimos 15 dias	Sim	Não
Febre (maior temperatura) _____		
Dor de cabeça		
Dor atrás dos olhos		
Dor no corpo		
Dor nas articulações (dor nas juntas)		
Se sim: leve () Moderada () Intensa ()		
Inchaço nas mãos		
Inchaço nos pés		

Sintomas nos últimos 15 dias	Sim	Não
Vermelhidão na pele		
Vermelhidão nos olhos		
Coceira		
Coriza		
Tosse		
Diarréia		
Vômitos		
Outros (especificar): _____		