

**NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 006/2021 – GEVEP/DEVAE/DAP/DRA/SUBGS****Data: 07.04.2021 Local: Manaus – AM**

<b>Assunto</b>	Orientação sobre o fluxo de notificação, diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica de casos suspeitos e confirmados de esporotricose humana no município de Manaus.
<b>Objetivo</b>	Orientar os profissionais de saúde e gestores que atuam nos Estabelecimentos de Saúde da SEMSA sobre o fluxo de notificação, diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica de casos suspeitos e confirmados de esporotricose humana no município de Manaus.

Considerando que a esporotricose humana é de notificação compulsória apenas em casos de interesse municipal, nos estados brasileiros em que ocorreram surtos concentrados da doença (Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco e Santa Catarina);

Considerando a origem infecciosa da doença transmitida por fungos, que afeta humanos e animais, na qual fatores ambientais e de controle de animais representam maior risco de transmissão ao homem.

Considerando que no período de novembro de 2020 a 31 de março de 2021, foram confirmados no município de Manaus 28 casos de esporotricose animal, dos quais 27 casos ocorreram no Distrito de Saúde (DISA) Oeste e um caso no Norte e três casos de esporotricose humana, dos quais dois casos ocorreram no bairro Santo Antônio e um caso, no bairro da Glória, situados no DISA Oeste;

Considerando a Nota Informativa Nº 6/2021-CGZV/DEIDT/SVS/MS, de 12 de fevereiro de 2021, que informa acerca das recomendações de prevenção e controle da esporotricose no estado do Amazonas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus orienta os profissionais de saúde e gestores que atuam nos estabelecimentos de saúde da rede municipal sobre o fluxo de notificação, diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica de casos suspeitos e confirmados de esporotricose humana no município.

**1. SOBRE A ESPOROTRICOSE HUMANA**

A esporotricose é uma infecção fúngica de evolução subaguda ou crônica, causada por fungos do gênero *Sporothrix*. No Brasil, a espécie mais frequente é *S. brasiliensis*. Pode atingir a pele, o tecido subcutâneo e vasos linfáticos e disseminar-se por via linfática e/ou hematogênica, afetando diversos órgãos<sup>1</sup>.

**1.1. Agente etiológico**

Estes fungos são encontrados no solo, em regiões de clima temperado e tropical úmido e são dimórficos: a forma micelial ocorre no solo rico em material orgânico, espinhos de arbustos, árvores e vegetação em decomposição e, a forma de levedura é a que pode parasitar homens e animais<sup>1</sup>.

**1.2. Transmissão e período de incubação**

A transmissão ocorre por inoculação direta do fungo na pele, em traumas com espinhos de plantas, palhas, lascas de madeira, mordedura ou arranhadura de animal infectado: gato, tatu, peixes, aves, etc. E o período de incubação pode variar de poucos dias a três ou até seis meses (em média três semanas).

**1.3. Manifestações Clínicas**

Por ser uma micose de implantação, geralmente crônica e de grande polimorfismo, pode apresentar diversas formas clínicas. Em humanos, em geral, é limitada à pele. As regiões anatômicas mais acometidas são face, membros superiores e inferiores. As principais formas clínicas da doença são:





- **Cutânea fixa ou localizada:** caracterizada por uma ou múltiplas lesões, situadas em mãos e braços.
- **Linfocutânea:** forma clínica mais frequente com pequenos nódulos situados profundamente na pele, seguindo o trajeto do sistema linfático da região afetada, preferencialmente nos membros.
- **Extracutânea:** ocorre quando a doença se espalha para outros locais do corpo, como ossos, mucosas, entre outros, sem comprometimento da pele.
- **Disseminada:** ocorre quando a doença se dissemina no organismo, com comprometimento de vários órgãos e/ou sistemas (pulmão, ossos, fígado).

A forma clínica depende de diversos fatores: o tamanho do inóculo, a profundidade da inoculação traumática, a tolerância térmica da cepa e **principalmente o estado imunológico do hospedeiro** podendo apresentar cura espontânea ou resposta imune exacerbada.

#### 1.4. Diagnóstico:

O diagnóstico deve ser feito correlacionando dados clínicos de lesões suspeitas, laboratoriais e epidemiológicos. O contato com animais diagnosticados com esporotricose pode definir o diagnóstico. A confirmação diagnóstica laboratorial é feita mediante o isolamento do fungo por meio da cultura do exame micológico em material obtido de biópsia ou aspirado de lesões. Nos casos mais graves, outras amostras podem ser analisadas: escarro sangue, líquido sinovial e líquor, conforme os órgãos afetados.

#### 1.5. Diagnóstico diferencial

Devido às diversas apresentações clínicas, a esporotricose pode ser clinicamente semelhante a muitas doenças tegumentares e sistêmicas, infecciosas ou não. São diagnósticos diferenciais mais frequentes:

- **Infecciosos:** *Blastomicose sul americana (Paracoccidioides brasiliensis)*, *Leishmaniose tegumentar*, *Cromoblastomicose*, *Tuberculose cutânea*, *Estafilococias*, *Streptococias*;
- **Não infecciosos:** *Sarcoidose*, *Carcinoma Espinocelular*;

Quadros articulares e ósseos requerem diagnóstico diferencial de osteomielite e artrite reumatóide, enquanto que quadros pulmonares assemelham-se a tuberculose e lesões tumorais de pulmões, e etc.

#### 1.6. Tratamento:

O medicamento de escolha é o antifúngico **Itraconazol** com **taxa de sucesso relatada de 90-100% na forma cutâneo-localizada e cutâneo-linfática**. A resposta clínica ocorre de 4-6 semanas do início da terapia. Em geral, as lesões evoluem para cicatrizes fibróticas que podem comprometer a função do órgão conforme o local da infecção. Podem ser prescritos no tratamento: *Iodeto de Potássio*, utilizada inicialmente, mas passível de efeitos colaterais e também *Terbinafina*, *Fluconazol* e *Antofericina B*.

- Solução saturada de Iodeto de Potássio (Fioacruz): SSKI (manipular 50g de KI em 35 ml de água destilada – utilizar conta gotas), iniciar com 05 gotas duas vezes ao dia, após as refeições, misturada com suco ou leite. Aumentar uma gota por dia (nas duas tomadas) até atingir 20 a 25 gotas duas vezes ao dia. Nunca tomar puro por risco de lesão das vias digestivas
- Terbinafina (Fioacruz): 250mg/dia VO em casos de intolerância ou uso de medicamentos com contraindicação, interação moderada ou grave com Itraconazol.
- Anfotericina B - opção para doença pulmonar ou infecção disseminada na intolerância ou em casos de falha de tratamento com Itraconazol ou em gestantes. Deve ser feito em ambiente hospitalar.





O Esquema de tratamento descrito no Quadro 1 é baseado no Protocolo utilizado pelo Ambulatório de Dermatopatias Infecto Parasitárias do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

### Quadro 1 - Esquema de tratamento de escolha para Esporotricose Humana

FORMAS CLÍNICAS	TRATAMENTO	CRITÉRIO DE CURA
<b>Cutânea fixa ou localizada:</b> restrita a pele, formada por lesão única, geralmente no local de inoculação. Caracterizada por nódulo avermelhado, recoberto por crostas, úlceras, acneiformes ou placas infiltradas. Pode ocorrer em mucosas (boca e olhos).	<b>ITRACONAZOL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100mg a cada 12h por 60 dias.</li> <li>▪ Após este período: 100mg a cada 24h, por mais 30 - 60 dias.</li> </ul> Obs.: manter por 3 a 4 semanas após cicatrização da lesão.	Conforme a evolução clínica, mediante a reepitalização completa da lesão.
<b>Cutâneo Linfática ou Linfocutâneo:</b> forma mais frequente. A lesão inicial é um nódulo que pode ulcerar. A partir dela, forma-se um cordão endurecido que segue pelo vaso linfático, em direção aos linfonodos e, ao longo dele, formam-se outros nódulos, com “aspecto de rosário”.	<b>ITRACONAZOL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 200mg a cada 12 h por 60 dias.</li> <li>▪ Após este período: 100mg a cada 12h, por mais 60 dias.</li> </ul> Obs.: manter por 3 a 4 semanas após cicatrização da lesão.	Conforme a evolução clínica, reepitalização completa da lesão e regressão dos nódulos subcutâneos. Alguns casos necessitam de tratamento por mais 60 dias com dose de 100mg de Itraconazol de 12 h.

Fonte: Nota Técnica 09 DVE/DVZ/COVISA/2020, Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose Humana no município de São Paulo.

**Importante: não interromper o tratamento antes do período definido na conduta terapêutica, apesar da cicatrização das lesões.**

## 2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE):

### 2.1. Definição de caso suspeito:

Paciente com nódulos e/ou úlceras que não cicatrizam, com ou sem comprometimento linfático, e relato de trauma local (mordedura, arranhadura ocasionando ferimento) nos últimos seis meses por gatos, cão ou outro animal com lesões nodulares e/ou ulceradas e/ou diagnóstico de esporotricose e/ou manipulação de matéria orgânica (solo, terra, jardim, plantas).

### 2.2. Caso confirmado:

**Clínico Laboratorial:** caso suspeito com exame micológico positivo para *Sporothrix* sp.

**Clínico Epidemiológico:** todo caso suspeito e com história de trauma local ao contato com animal com esporotricose confirmada pelo critério laboratorial ou contato com material orgânico.

### 2.3. Caso descartado:

Todo paciente suspeito com cultura negativa e que não possui vínculo epidemiológico com animal confirmado ou história de trauma com material orgânico.

### 2.4. Notificação:

Toda suspeita de esporotricose humana que atenda ao critério de definição de caso deve ser notificada compulsoriamente (CID 10 - B42), independente da esfera de atenção em que ocorrer, utilizando a Ficha de Notificação/Investigação, (anexo 2), adotada no município de Manaus, disponível no site da intranet da SEMSA no link: <http://arquivos.semsa/DEVAE/GEVAP/ESPOROTRICOSE%20HUMANA/>.



É obrigatório o seu preenchimento na identificação de caso suspeito, e deverá ser enviada à VE do Distrito de Saúde (DISA) conforme o endereço de residência do usuário, com cópia à Gerência de Vigilância Epidemiológica (GEVEP) do município via e-mails a seguir:

GEVEP: [notificacao.manaus@gmail.com](mailto:notificacao.manaus@gmail.com); NORTE: [vigilancia.norte@pmm.am.gov.br](mailto:vigilancia.norte@pmm.am.gov.br)

LESTE: [vigilancia.disal@gmail.com](mailto:vigilancia.disal@gmail.com); SUL: [vigilanciasul.manaus@gmail.com](mailto:vigilanciasul.manaus@gmail.com)

OESTE: [vigilancia.oeste@gmail.com](mailto:vigilancia.oeste@gmail.com); RURAL: [vigirural@gmail.com](mailto:vigirural@gmail.com)

## 2.5. Medidas de prevenção e controle epidemiológico:

- O profissional que atender usuários com suspeita de doença infecciosa deve utilizar Equipamentos de Proteção Individual - EPI e adotar as medidas de precaução para evitar contágio.
- Identificar, estratificar por grau de risco e definir áreas prioritárias para adoção das ações de vigilância, prevenção e controle da doença no território da UBS de acordo com frequência de casos humanos e animais, assim como quanto à vulnerabilidade;
- Realizar busca ativa de casos humanos e animais no território da UBS;

## 2.6. Fluxo da Assistência ao usuário com suspeita de esporotricose na Atenção Primária à Saúde (APS)

As Unidades da APS devem acolher e avaliar todo usuário com suspeita de esporotricose humana, direcionando-o à avaliação clínica, que ao atender à definição de caso suspeito, deverá ser encaminhado à **UBS de Referência** mais acessível para o usuário, mediante **contato prévio para agendar o atendimento**, utilizando formulário padrão de encaminhamento do SUS, preenchido por médico ou enfermeiro, com o relato da história clínica, as quais se encontram descritas no Quadro 2 a seguir.

As UBS de Referência devem priorizar o atendimento aos casos suspeitos para evitar evasão, estando situadas em área geográfica estratégica dos quatro DISA urbanos. Portanto, o DISA Rural deve encaminhar os casos suspeitos à UBS Referência mais acessível ao endereço de residência do usuário.

### Quadro 2 – Unidades de Saúde de Referência para o atendimento dos casos de Esporotricose Humana

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	ENDEREÇO	POLICLÍNICA (REFERÊNCIA)
NORTE	CLÍNICA DA FAMÍLIA CARLSON GRACIE	Av. Curaçao, s/n, Nova Cidade.	DR. JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA (PMO)
	UBS ARMANDO MENDES	R. Aragarças, s/n, Cj. Manoa, Cidade Nova.	
SUL	UBS SÃO FRANCISCO	R. Rodolfo Monteiro Maia, São Francisco.	CASTELO BRANCO
LESTE	CLÍNICA DA FAMÍLIA SEVERIANO NUNES	Rua das Dálías, s/n, Josrge Teixeira.	DR. COMTE TELLES
	UBS LUIZA DO CARMO	Av. Ministro Mário Andrezza, 5.585, Vila da Felicidade.	
OESTE	UBS AJURICABA	Rua Gusmania, s/n, cj. Ajuricaba, Alvorada.	DJALMA BATISTA
	UBS VILA DA PRATA	Rua Promécio, s/n, Vila da Prata	
	UBS SANTO ANTONIO	Rua Lauro Bittencourt, s/n, Santo Antônio.	

O usuário pode acessar a UBS de Referência via Demanda Espontânea ou mediante a identificação por busca ativa do ACS ou por orientação do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). Neste caso, sem estar agendado deverá seguir o Fluxo do Acolhimento, com Escuta Qualificada e Avaliação de Risco e, não atendendo à definição de caso, seguir o fluxo habitual de rotina. Mas, ao apresentar lesão de pele em conformidade com a definição de caso, o usuário deve ser direcionado pelo Acolhimento ao médico para avaliação clínica, se possível no mesmo dia.





E, caso o usuário apresente encaminhamento (médico/enfermeiro) de Unidades de Saúde da rede municipal, feito mediante agendamento, ou estadual, tais como, Unidades de Pronto Atendimento (SPA), Pronto Socorro (PS) ou Fundações Alfredo da Matta (FUAM) e de Medicina Tropical (FMT), deve ser direcionado ao atendimento médico, prioritariamente, sem passar pelo acolhimento.

Mediante a confirmação do Caso Suspeito, o médico deverá preencher a Ficha de Notificação específica para o agravo e enviar ao DISA correspondente. Em seguida, proceder à conduta clínica e os encaminhamentos relacionados ao diagnóstico laboratorial, solicitando a coleta de exame micológico. O tratamento com o antifúngico de escolha deverá ser iniciado somente após a realização da coleta do exame micológico para cultura em material obtido de biópsia ou aspirado de lesões.

A coleta do exame será realizada na Fundação Alfredo da Matta mediante encaminhamento médico e agendamento via telefone pelo número (92) 3632-5833 nos horários de 9h00 as 12h00 e da 13h00 às 14h00. No caso de resultado positivo, o tratamento preconizado deve ser realizado no âmbito da UBS de Referência. E, em caso de resultado negativo, proceder ao tratamento de outras dermatoses (ver Fluxo).

Não sendo confirmada a suspeita (caso descartado), tratar outras dermatoses e em caso de dúvida no diagnóstico encaminhar à Policlínica de Referência do DISA, cabendo ao especialista contrarreferenciar à UBS ou proceder ao tratamento no âmbito da Policlínica, conforme descrito no Fluxo (anexo 1).

#### Referências:

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA. Nota Técnica 09 – DVE/DVZ/COVISA/2020. Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose Humana no município de São Paulo. Julho, 2020.

Manaus, 07 de abril de 2021.

*(assinado digitalmente)*

**Cláudia Mara Rolim Mendes Guimarães**  
Gerência de Vigilância Epidemiológica

*(assinado digitalmente)*

**Marinéia Martins Ferreira**  
Departamento de Vigilância Ambiental e Epidemiológica

*(assinado digitalmente)*

**Francisca Sonja Alê Girão Farias**  
Diretora do Departamento de Atenção Primária

*(assinado digitalmente)*

**Ângela Maria Loureiro da Silva**  
Diretora do Departamento de Redes de Atenção

*(assinado digitalmente)*

**Djalma Pinheiro Pessoa Coelho**  
Subsecretário Municipal de Gestão da Saúde





## REGISTROS DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS

O arquivo 20210408093909\_nota\_tecnica\_conjunta\_n\_06\_gevep\_devae\_dap\_dra\_fluxo\_e\_manejo\_da\_esporotrico\_se.pdf do documento **2021.01637.00713.9.019510** foi assinado pelas pessoas e possui as seguintes pendências de assinatura:

DADOS DO SIGNATÁRIO	DADOS DA ASSINATURA
DJALMA PINHEIRO PESSOA COELHO 589.144.473-91	08/04/2021 13:27:40 (LOGIN E SENHA)
CLAUDIA MARA ROLIM MENDES GUIMARÃES 307.650.992-68	08/04/2021 13:34:54 (LOGIN E SENHA)
ANGELA MARIA LOUREIRO DA SILVA 309.294.902-15	09/04/2021 14:05:14 (LOGIN E SENHA)
MARINELIA MARTINS FERREIRA 579.054.102-00	09/04/2021 16:09:11 (LOGIN E SENHA)
FRANCISCA SONJA ALE GIRÃO FARIAS 413.266.602-68	(PENDENTE)

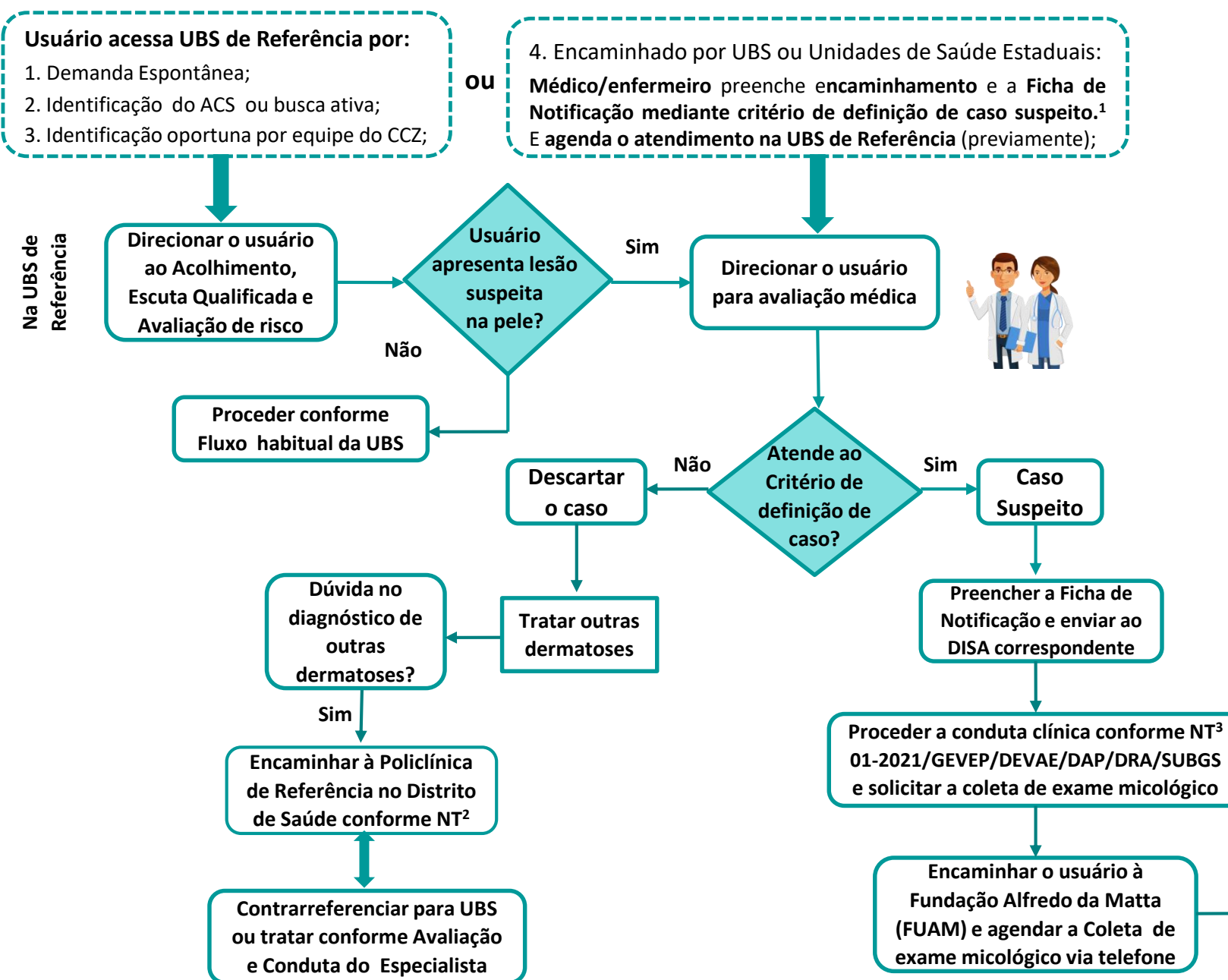


# FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA ESPOROTRICOSE HUMANA

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA - DEVAE  
R. Comandante Paulo Lasmar, nº 10 Cj. Santos Dumont - Bairro da Paz - Manaus/AM  
Email: devae.semsa@pmm.am.gov.br

## ACESSO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE ESPOROTRICOSE À UBS DE REFERÊNCIA

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA ESPOROTRICOSE



Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) identifica usuário com lesão suspeita de Esporotricose, orienta a procurar UBS de Referência (ver NT<sup>3</sup>) e comunica o caso (nome, telefone e endereço) à:

Vigilância Epidemiológica (VE) do Distrito de Saúde - DISA conforme o endereço de residência do usuário e à Gerência de (GEVEP), via e-mail:

GEVEP: [notificacao.manaus@gmail.com](mailto:notificacao.manaus@gmail.com)

NORTE: [vigilancia.norte@pmm.am.gov.br](mailto:vigilancia.norte@pmm.am.gov.br)

LESTE: [vigilancia.disal@gmail.com](mailto:vigilancia.disal@gmail.com)

SUL: [vigilanciasul.manaus@gmail.com](mailto:vigilanciasul.manaus@gmail.com)

OESTE: [vigilancia.oeste@gmail.com](mailto:vigilancia.oeste@gmail.com)

RURAL: [vigirural@gmail.com](mailto:vigirural@gmail.com)

1. VE (DISA) monitora a chegada do usuário na UBS de Referência;
2. Recebe a Ficha de Notificação preenchida, insere no Sinan-Net e envia cópia à GEVEP e CCZ via e-mail: [cczmanaos@gmail.com](mailto:cczmanaos@gmail.com).
3. Realiza a investigação epidemiológica/encerra caso;

### Definição de caso suspeito<sup>1</sup> - Esporotricose Humana (CID B42)

Presença de nódulos e/ou úlceras que não cicatrizam, com ou sem comprometimento linfático, e relato de trauma local (por mordedura ou arranhadura causando ferimento) nos últimos seis meses por gatos, cão ou outro animal com lesões nodulares e/ou ulceradas ou com diagnóstico de esporotricose animal e/ou ingestão de matéria orgânica (solo, jardim, plantas).

### Notificação de Caso Suspeito de Esporotricose Humana<sup>3</sup>

A Ficha de Notificação (FN) para Caso Suspeito de Esporotricose deve ser preenchida por profissional de saúde que identificar o caso em Unidades de Saúde da APS e Estaduais: SPA, PS, Fundações (FUAM e FMT). E, encaminhada ao DISA correspondente via e-mail conforme NOTA TÉCNICA (NT<sup>3</sup>) Nº 001/2021- GEVEP/ DEVAE/DAP/DRA/SUBGS). A FN, a NT e o Fluxo estão disponíveis na intranet SEMSA via link: <http://arquivos.semsa/DEVAE/GEVEP/Esporotricose%20Humana/>



Prefeitura de  
**Manaus**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA  
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE

Nº

CASO SUSPEITO: INDIVÍDUO QUE APRESENTE LESÕES NA PELE, QUE SE INICIAM COMO UMA PEQUENA PÁPULA, QUE PODEM EVOLUIR PARA UMA FORMA ULCERADA, COM OU SEM SECREÇÃO SEROPURULENTA, DISPOSTAS OU NÃO EM FILEIRA; COM HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICAS DE TRAUMA CUTÂNEO POR MATERIAL DE ORIGEM VEGETAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO COM FUNGO OU ARRANHADURA/MORDEDURA POR GATOS CONTAMINADOS OU CONTATO COM FERIDAS DESSES ANIMAIS.

Dados Gerais	1. TIPO DE NOTIFICAÇÃO		INDIVIDUAL			
	2. AGRAVO/DOENÇA		ESPOROTRICOSE	CÓD.(CID19) B42		
	3. DATA DE NOTIFICAÇÃO		____/____/____			
	4. UF	5. MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		6. CÓDIGO IBGE		
7. UNID. SAÚDE/OUTRA FONTE NOTIFICADORA		8. CÓDIGO		9. DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS		
				____/____/____		
Notificação Individual	10. NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIÇÕES)				11. DATA DE NASCIMENTO	
	12. IDADE		13. SEXO		14. GESTANTE	
	____ ____		1. MASCULINO <input type="checkbox"/>		1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre	
			2. FEMININO <input type="checkbox"/>		4. Idade Gest. Ignorada 5. Não 6. Não se aplica	
		9. Ignorado		15. RAÇA/COR		
				1. Branca 2. Preta 3. Amarela		
				4. Parda 5. Indígena 9. Ignorado		
16. ESCOLARIDADE 0. Analfabeto 1. 1ª a 4ª Série incompleta do EF 2. 4ª Série Completa 3. 5ª a 8ª Série Incompleta do EF 4. Ensino Fundamental Completo						
5. Ensino Médio Incompleto 6. Ensino Médio Completo 7. Educação Superior Incompleta 8. Educação Superior Completa 9. Ignorado 10. Não se Aplica <input type="checkbox"/>						
17. NÚMERO DO CARTÃO SUS		18. NOME DA MÃE		19. NÃO SE APLICA		
Dados de Residência	20. UF		21. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		22. DISTRITO	
					CÓDIGO	
	23. BAIRRO		24. LOGRADOURO		CÓDIGO	
	25. NÚMERO		26. COMPLEMENTO		27. GEO CAMPO	
				28. GEO CAMPO 2		
				29. PONTO DE REFERENCIA		
				30. CEP		
31. (DDD) TELEFONE		32. ZONA		33. PAÍS (Se residente fora do Brasil)		
		1. Urbana 2. Rural <input type="checkbox"/>				
		3. Periurbana 4. Ignorado				
Antecedentes Epidemiológicos	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
	34. DATA DA INVESTIGAÇÃO			35. OCUPAÇÃO		
	SITUAÇÃO DE RISCO NAS ÚLTIMAS SEMANAS (14 DIAS)					
	36. FREQUENTOU AMBIENTES COM? 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	MATA <input type="checkbox"/> SÍTIOS <input type="checkbox"/> IGARAPÉS <input type="checkbox"/> RIOS <input type="checkbox"/> CACHOEIRAS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>					
	37. EXERCE ATIVIDADE QUE RESULTE EM CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS (JARDINEIROS, AGRICULTORES, HORTICULTORES, EXPLORADORES DE MADEIRA, TRABALHADORES RURAIS)? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	38. HISTÓRIA DE CORTE, LESÃO OU TRAUMA DURANTE O MANUSEIO DE PLANTAS OU MATERIAL ORGÂNICO SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO? (EX: TÁBUAS ÚMIDAS DE MADEIRA, SOLO, PALHAS, FARPAS, ESPINHOS, VEGETAIS)					
	1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	39. TEVE CONTATO COM ANIMAIS DOENTES? 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	CÃO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/> EQUINOS <input type="checkbox"/> OUTROS ANIMAIS <input type="checkbox"/>					
40. NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS?						
MORDEDURA <input type="checkbox"/> ARRANHADURA <input type="checkbox"/> LESÕES CUTÂNEAS (ÚLCERAS) DO ANIMAL <input type="checkbox"/>						
LESÕES MUCOSAS (ÚLCERAS) DO ANIMAL <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>						
41. RELAÇÃO COM ANIMAL DOENTE?						
TRATADOR/PROPRIETÁRIO DO ANIMAL <input type="checkbox"/> PROF. DE SAÚDE (VETERINÁRIO, ENFERMEIRO, TRATADOR DE ANIMAL EM CLÍNICAS) <input type="checkbox"/>						
ABRIGO/ONG <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>						





DADOS COMPLEMENTARES DO CASO				
Dados Clínicos	42. PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>		43. NATUREZA DA LESÃO PÁPULA <input type="checkbox"/> ÚLCERA <input type="checkbox"/> NÓDULOS <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/>	
	44. LOCALIZAÇÃO DE LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA) MÃO <input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> TORÁX <input type="checkbox"/> ABDOME <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> TODO O CORPO <input type="checkbox"/> OUTRO _____			
	45. OUTRAS DOENÇAS RELACIONADAS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS? _____			
	46. DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTANEA DA DOENÇA? 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/> QUAL LOCALIZAÇÃO? _____			
Dados Laboratoriais	47. HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME MICOLÓGICO? 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>		48. DATA DA COLETA ____/____/____	
	49. RESULTADO DO ISOLAMENTO DO FUNGO SPOROTHRIX SPP 1-DETECTADO 2-NÃO DETECTADO 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>		50. ESPÉCIE IDENTIFICADA S. BRASILIENSIS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
	51. REALIZADO EXAME HISTOPATOLÓGICO? 1. SIM 2. NÃO <input type="checkbox"/> QUAL O RESULTADO? 1. COMPATÍVEL 2. NÃO COMPATÍVEL 3. INCONCLUSIVO 4. NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>			
	52. OUTRO EXAME REALIZADO DATA ____/____/____		DESCRIÇÃO RESULTADO	
Tratamento	53. DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____		54. DROGA ADMINISTRADA ITRACONAZOL <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
	55. ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)		56. OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	57. DATA DA INTERNAÇÃO ____/____/____		58. DATA DA ALTA ____/____/____	
	59-UF		60. MUNICIPIO DO HOSPITAL	
		61. CÓDIGO IBGE 		
62. NOME DO HOSPITAL		63. CÓDIGO CNES 		
Conclusão	64. CLASSIFICAÇÃO FINAL 1. CONFIRMADO 2. DESCARTADO <input type="checkbox"/>		65. CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO 1. CLÍNICO LABORATORIAL 2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
	66. CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1. SIM 2. NÃO 3. INDETERMINADO <input type="checkbox"/>		67. UF	
	68. PAÍS		69. MUNICÍPIO	
	70. CÓDIGO IBGE 		71. DISTRITO	
	72. BAIRRO		73. ÁREA PROVAVEL DE INFECÇÃO 1. URBANA 2. RURAL 3. PERIURBANA 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	74. AMBIENTE DE INFECÇÃO 1. DOMICILIAR 2. TRABALHO 3. LAZER 4. OUTRO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>		75. EVOLUÇÃO DO CASO 1. CURA 2. ÓBITO PELO AGRAVO 3. ÓBITO OUTRAS CAUSAS 9. IGNORADO <input type="checkbox"/>	
76. DATA DO ÓBITO ____/____/____		77. DATA DO ENCERRAMENTO ____/____/____		
Observação				
Investigador	78. NOME		79. FUNÇÃO	
			80. ASSINATURA	

