



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		____/____/____			
Dados de Residência	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	15. RAÇA/COR		
	____ ____	1. MASCULINO <input type="checkbox"/> 2. FEMININO <input type="checkbox"/>	1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Idade Gest. Ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 9. Ignorado	<input type="checkbox"/>	
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 IBGE			
	23. BAIRRO		24. LOGRADOURO		CÓDIGO	
			25. NÚMERO		26. COMPLEMENTO	
	27. GEO CAMPO		28. GEO CAMPO 2			
	29. PONTO DE REFERENCIA		30. CEP			
Antecedentes Epidemiológicos	31. (DDD) TELEFONE		32. ZONA		33. PAÍS (Se residente fora do Brasil)	
			1. Urbana 2. Rural 3. Periurbana 4. Ignorado			
	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. HISTORIA 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) <input type="checkbox"/>					
	1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO					
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 ____/____/____		DESCRİÇÃO 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 		64. CLASSIFICAÇÃO FINAL 1. CONFIRMADO 2. DESCARTADO <input type="checkbox"/>		
Conclusão	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 <input type="checkbox"/> 9. IGNORADO		76. DATA DO ÓBITO ____/____/____	
77. DATA DO ENCERRAMENTO ____/____/____		78. NOME		
Observação	79. FUNÇÃO		80. ASSINATURA	

