



**Nota técnica nº 016/2024 - GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC**

(Revoga a Nota técnica nº 046/2022 – GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC)

**Assunto:** PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS FRENTE À INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS DE DENGUE E/OU CHIKUNGUNYA (CHIKV) E/OU ZIKA (ZIKAV).

Diante do cenário de ocorrência de epidemia de dengue em vários municípios catarinenses com o registro de um elevado número de casos graves e óbitos nos últimos anos, especialmente na população com mais de 60 anos de idade (Nota de Alerta nº 03/2024 - GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC), no ano de 2024, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC), orienta que:

Os óbitos suspeitos e/ou confirmados por dengue e/ou CHIKV e/ou ZIKAV devem ser notificados, **IMEDIATAMENTE, por telefone ou e-mail, no máximo 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial**, para a Vigilância Epidemiológica Municipal, essa para a Gerência Regional de Saúde (GERSA) correspondente, e essa à DIVE/SC da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) constando o nome do paciente, data de nascimento, município de residência, data e local do óbito e número da declaração de óbito (DO), que informará ao Ministério da Saúde (MS).

A Vigilância Epidemiológica Municipal deverá iniciar **imediatamente** a investigação do óbito suspeito, com apoio da Gerência Regional de Saúde. Fora do horário regular de funcionamento da Vigilância Epidemiológica Municipal e na ausência de sobreaviso, o Serviço de Saúde deverá notificar o sobreaviso da **GERSA** correspondente, que iniciará a investigação e comunicará para a DIVE/SC. No primeiro dia útil, a GERSA comunicará a Vigilância Epidemiológica Municipal.

A notificação realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos, sendo o SINAN On-line para os casos de dengue e chikungunya e o SINAN Net para os casos de zika.

A investigação do óbito deverá ser realizada com o instrumento de coleta de dados (Anexo 1), dividido da seguinte maneira: informações do prontuário (atendimento/ internação do paciente) e entrevista com familiares.



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**  
**Gerência de Zoonoses, acidentes por animais peçonhentos e doenças transmitidas por vetores**

O questionário para revisão dos prontuários é composto de nove (09) blocos com informações sobre: identificação, dados dos atendimentos, dados clínicos, manejo clínico, exames laboratoriais específicos e inespecíficos, dados do óbito, encerramento e observação. Com o questionário de entrevista são obtidas informações sobre identificação do entrevistado, assistência à saúde do paciente, contatos e observação.

Os formulários preenchidos deverão ser digitalizados e encaminhados junto com a declaração de óbito (DO), e todas as informações levantadas à Gerência Regional de Saúde correspondente, que avaliará e prestará apoio ao município na análise dos dados para o encerramento do caso. A DIVE/SC poderá auxiliar na discussão de eventuais dúvidas que a GERSA venha necessitar, assim como levar o óbito para a discussão na Câmara Técnica Estadual de investigação de óbitos por Zoonoses no Estado de Santa Catarina. Após o encerramento da investigação, o município deverá encaminhar o relatório final (Anexo 2) constando, em ordem cronológica, a sequência dos acontecimentos, para a GERSA correspondente.

A notificação de todo o óbito suspeito deve ocorrer no período de 24h, sendo que o processo de investigação deverá ser concluído em até sete (07) dias, salvo exceções. Apenas após a conclusão da investigação, o caso será encerrado no sistema de notificação, como óbito confirmado por um dos agravos ou descartado.

Os óbitos confirmados serão aqueles que se enquadrem na definição de caso de uma das três doenças, com confirmação por meio de critério laboratorial, **preferencialmente**, ou clínico-epidemiológico, na impossibilidade da coleta de amostras. Pacientes com uma das três doenças e com comorbidades, que evoluírem para óbito, deverão ter como causa básica uma das três doenças diagnosticadas.

O caso será descartado quando:

- Diagnóstico laboratorial negativo, com amostra coletada em tempo oportuno;
- Diagnóstico laboratorial de outra doença/ agravo;
- Ausência de exame laboratorial, mas com investigação clínica e epidemiológica compatíveis com outras doenças.



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**  
**Gerência de Zoonoses, acidentes por animais peçonhentos e doenças transmitidas por vetores**

Em caso de dúvidas, a Coordenação Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti* permanece à disposição por meio dos telefones (48) 3664-7430//7493//7488//7489 ou pelo e-mail [gezoo.obitosarboviroses@saude.sc.gov.br](mailto:gezoo.obitosarboviroses@saude.sc.gov.br)

Florianópolis, 04 de outubro de 2024.

**Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças  
Transmitidas por Vetores  
GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
DIVE/SUV/SES/SC**

# ANEXO 1



## INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR ARBOVÍRUS - PRONTUÁRIO



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

<b>A.01.</b> N° SINAN:		<b>A.02.</b> N° GAL:	
<b>A.03.</b> Nome do paciente:			
<b>A.04.</b> Data nascimento:        /        /		<b>A.05.</b> Idade: <input type="checkbox"/> D-DIAS, M-MESES, A-ANOS	
<b>A.06.</b> Sexo:		<b>A.07.</b> CPF:	
<b>A.08.</b> Nome da mãe:			
<b>A.09.</b> Telefone:			
<b>A.10.</b> Município de residência:		<b>A.11.</b> UF:	
<b>A.12.</b> Endereço:			
<b>A.13.</b> Bairro:		<b>A.14.</b> Ponto de referência:	

### DADOS DE ATENDIMENTO

Preencher com dados referentes ao primeiro atendimento até a última internação:

Nome do serviço (UBS/ESF, UPA, clínicas, hospitais e outros)	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

### DADOS CLÍNICOS

Preencher com dados referentes à primeira internação:

**B.01.** Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação?     SIM     NÃO

**B.02.** Data início dos sintomas:        /        /

**B.03.** Sinais e sintomas apresentados: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> <b>Febre</b> Data início:    /    / Duração: [    ] dias Temperatura máxima: [    ] °C	<input type="checkbox"/> <b>Exantema</b> Data início:    /    / Duração: [    ] dias  Tipo exantema: <input type="checkbox"/> Pruriginoso <input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Maculo-papular	<input type="checkbox"/> <b>Dor abdominal</b>  Intensidade <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa
--	---	--

<input type="checkbox"/> Conjuntivite seca	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Lipotimia	<input type="checkbox"/> Dor de garganta
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Faringite
<input type="checkbox"/> Dor retro-orbitária	<input type="checkbox"/> Equimose	<input type="checkbox"/> Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Epistaxe	<input type="checkbox"/> Paresia	<input type="checkbox"/> Coriza	
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Paralisia	<input type="checkbox"/> Tosse	

Quais as articulações acometidas:

Artrite

Tenossinovite

Edema de membros Localização:

Articular  Periarticular  Disseminado

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

**Dor articular - Simetria:**  Simétrica  Assimétrica

Outros sinais ou sintomas, especificar:

**B.04. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Puérpera <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Doença hematológica <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Cirrose hepática <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas	<b>Diagnóstico prévio de</b> <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika  <b>Vacina</b> <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue número de doses <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	---	---

**B.05. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas:**  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO

B.5.1. Se sim especificar: \_\_\_\_\_

**B.06. Houve descompensação clínica da comorbidade (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)?**

SIM  NÃO  NÃO INFORMADO

B.6.1. Se sim especificar: \_\_\_\_\_

**B.07. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo?**  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO Se sim, especificar (B.08 a B.14):

**B.08. Manifestações neurológicas:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Encefalite <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Paralisia	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência	<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	--	---

**B.09. Manifestações oculares:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Neurite ótica <input type="checkbox"/> Iridociclite <input type="checkbox"/> Episclerite	<input type="checkbox"/> Retinite <input type="checkbox"/> Uveíte	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
---	--	---

**B.10. Manifestações dermatológicas:** [ ] SIM [ ] NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa	<input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
--	--	---

**B.11. Quadro renal:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda	<input type="checkbox"/> Redução do débito urinário <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
--	---	---

**B.12. Quadro hemorrágico:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC <input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos	<input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo <input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico)	<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____
--	---	---

**B.13. Evoluiu para choque:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 – SIM, 2 – NÃO, 3 – NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Pulso débil ou inidentificável <input type="checkbox"/> PA diferencial convergente ( $\leq 20$ mmHg)	<input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$ <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)	<input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
--	--	--

**B.14. Presença de outras complicações:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 – SIM, 2 – NÃO, 3 – NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Discrasias hemorrágicas <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória <input type="checkbox"/> Taquidispneia <input type="checkbox"/> Gestante ou puérpera	<input type="checkbox"/> Abortamento IG _____ <input type="checkbox"/> Óbito fetal IG _____ DO _____ <input type="checkbox"/> Parto prematuro IG <input type="checkbox"/> Hepatite aguda <input type="checkbox"/> Pancreatite aguda <input type="checkbox"/> Hipoadrenalismo	<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema agudo pulmonar <input type="checkbox"/> Infecção associada à assistência à saúde <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____
---	---	--

### MANEJO CLÍNICO

**C.01. Houve remoção para UTI:**  SIM  NÃO

C.1.1. Se sim, data admissão:        /        /        /  
C.1.2. Data alta da UTI:        /        /        /

**C.02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa:**  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**C.03. Data de início:**        /        /        /        **C.04. Usou por quantos dias:**        **C.05. Peso:** \_\_\_\_\_ Kg

**C.06. Especificar volume diário infundido:**

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

**C.07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:**

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> AINES*		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Outros		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Coloides		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/    /	/    /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/    /	/    /

\* Anti-inflamatórios não esteroides.

## EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

**D.01.** Realizou algum tipo de exame de sangue:  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

(Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais **próximos da ocorrência do óbito**):

\*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados **mais relevantes** para a investigação.

DATA COLETA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hematócrito														
Hemoglobina														
Plaquetas														
Leucócitos														
Neutrófilos														
Eosinófilos														
Basófilos														
Monócitos														
Linfócitos														
Bastonetes														
AST - TGO														
ALT - TGP														
Ureia														
Creatinina														
Sódio														
Potássio														
Albumina														
Fosfatase Alcalina														
Bilir. total														
Bilir. direta														
Bilir. indireta														
Internado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

**D.02.** Realizou punção líquórica?  SIM  NÃO

DATA	ASPECTO			
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
/ /	<input type="checkbox"/> Límpido	<input type="checkbox"/> Turvo	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Outro: _____

**D.2.1.** Análise bioquímica do líquor:

DATA	Hemácias (mm <sup>3</sup> )	Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	Linfócitos (%)	Neutrófilos (%)	Leucócitos (%)	Basófilos (%)	Monócitos (%)	Eosinófilos (%)	Proteína (mg/dl)	Hemácias (mg/dl)

**D.03.** Realizou algum exame de imagem:  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

EXAME	TOPOGRAFIA	DATA	RESULTADO	SE ALTERADO, LAUDO
<input type="checkbox"/> Radiografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Tomografia		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Ressonância		/ /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

## EXAMES LABORATORIAIS ESPECÍFICOS

**E.01.** Realizou algum exame etiológico:  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

AGENTE	AMOSTRA <sup>1</sup>	DATA DA COLETA	SOROLOGIA <sup>2</sup>	RT-PCR <sup>3</sup>	OUTRA TÉCNICA
<input type="checkbox"/> Zika	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Outro agente, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outras	/ /			

1- [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2- [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3- [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

\*Nome da técnica e resultado

**E.02.** Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura:  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

MATERIAL	DATA COLETA	AGENTE
	/ /	
	/ /	
	/ /	

**E.03.** Há amostras de material biológico guardado em algum laboratório?  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

## DADOS DE ÓBITO

**F.01.** Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO): N° DO: \_\_\_\_\_.

A)	
B)	
C)	
D)	
I)	
II)	

**F.02.** O corpo foi encaminhado para necropsia:  SIM  NÃO Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ENCERRAMENTO

**G.01. Encerramento:**  Confirmado  Descartado  Provável  Inconclusivo  Em investigação

**G.02. Critério:**  Clínico-epidemiológico  Laboratorial

**G.03. Classificação:**  Zika  Dengue  Chikungunya  Outros, especificar: \_\_\_\_\_.

**G.04. Evolução:**

Óbito pelo agravo      Data:    /    /  
 Óbito por outras causas      Data:    /    /

## OBSERVAÇÕES

**H.01. Data:**    /    /

**H.02. Responsável pela investigação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Há outros investigadores?  SIM  NÃO Se sim, quais?

1. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_



# INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR ARBOVÍRUS - ENTREVISTA



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

<b>A.01.</b> Nº SINAN:	<b>A.02.</b> Nome do entrevistado:
<b>A.03.</b> Data nascimento: / /	<b>A.04.</b> Idade: <input type="checkbox"/> D-DIAS, M-MESES, A-ANOS
<b>A.05.</b> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>A.06.</b> Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____
<b>A.07.</b> Município de residência:	<b>A.08.</b> UF:
<b>A.09.</b> Endereço:	
<b>A.10.</b> Ponto de referência:	<b>A.11.</b> Telefone: ( )

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**B.01.** Antes do óbito a pessoa ficou doente?  SIM  NÃO  NÃO SEI

B.01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas / /

**B.02.** Quais foram os sinais e sintomas apresentados: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> <b>Febre</b> Data início: / / Duração: [ ] dias Temperatura máxima: [ ] °C  <input type="checkbox"/> <b>Pele fria (Hipotermia)</b> Temperatura mínima: [ ] °C  <input type="checkbox"/> <b>Dor nas juntas (Dor articular)</b> <u>Extensão:</u> <input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular) <input type="checkbox"/> Duas ou mais (Poliarticular) <u>Intensidade:</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa  <input type="checkbox"/> <b>Mancha vermelha no corpo (Exantema)</b> Data início: / / Duração: [ ] dias  <input type="checkbox"/> <b>Coceira no corpo (Prurido)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor de cabeça (Cefaleia)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor no corpo (Mialgia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor abdominal</b> <u>Intensidade:</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa  <input type="checkbox"/> <b>Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Inchaço (Edema) de membros</b> <u>Localização:</u> <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Corpo todo  <input type="checkbox"/> <b>Diarreia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Náuseas</b>  <input type="checkbox"/> <b>Vômitos</b>  <input type="checkbox"/> <b>Calafrios</b>	<input type="checkbox"/> <b>Manchas roxas no corpo (Equimose)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Sangramento no nariz (Epistaxe)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Fraqueza (Prostração)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Sonolência</b>  <input type="checkbox"/> <b>Irritabilidade</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tontura quando levanta (Hipotensão postural)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Desmaio (Lipotimia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Nariz escorrendo (Coriza)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tosse</b>  <input type="checkbox"/> <b>Falta de ar (Dispneia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dor de garganta</b>  <input type="checkbox"/> <b>Gânglio/íngua (Linfadenopatia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Formigamento (Paresia)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Paralisia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Outros, especificar:</b> _____
---	---	---

**B.03.** Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico?  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR O MEDICAMENTO E DOSE	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

**B.04.** Já teve dengue anteriormente?  SIM  NÃO  NÃO SEI

**B.05.** Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico?  SIM  NÃO

B.5.1. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? [ ]

**B.06.** Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

NOME SERVIÇO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	DATA ATENDIMENTO	QUAL FOI O DIAGNÓSTICO	CONDUTA	FOI ORIENTADO RETORNO?	FOI ORIENTADO A TOMAR LÍQUIDO EM CASA?	FOI ENTREGUE CARTÃO DA DENGUE?
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta ( / / ) <input type="checkbox"/> Internação ( / / ) <input type="checkbox"/> Transferência ( / / )			
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta ( / / ) <input type="checkbox"/> Internação ( / / ) <input type="checkbox"/> Transferência ( / / )			
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta ( / / ) <input type="checkbox"/> Internação ( / / ) <input type="checkbox"/> Transferência ( / / )			
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta ( / / ) <input type="checkbox"/> Internação ( / / ) <input type="checkbox"/> Transferência ( / / )			
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta ( / / ) <input type="checkbox"/> Internação ( / / ) <input type="checkbox"/> Transferência ( / / )			

**B.07.** Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

CLASSE	ESPECIFICAR O MEDICAMENTO E DOSE	DATA DE INÍCIO	DATA DO TÉRMINO
<input type="checkbox"/> Soro por boca (Reidratação oral)		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Soro na veia (Soroterapia venosa)		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**B.08.** Fazia uso de medicamento de uso contínuo?  SIM  NÃO Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

**B.09.** Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada?  SIM  NÃO Se sim, especificar: 1 - SIM, 2 - NÃO, 3 - NÃO INFORMADO

<input type="checkbox"/> Gestante (idade gestacional _____ ) <input type="checkbox"/> Puérpera (dias _____ ) <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Doença no sangue (Doença hematológica) <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolista (Etilismo) <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Cirrose hepática <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas <input type="checkbox"/> Outras doenças ou condições, especificar: _____
--	---

## CONTACTANTES

**C.01.** Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período?  SIM  NÃO

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_.

**C.02.** Sabe o que a pessoa teve?

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**C.03.** Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: \_\_\_\_\_.

Caso tomou vacina?

SIM  NÃO

Qual vacina?

\_\_\_\_\_.

Quantas doses?

\_\_\_\_\_.

Tem carteira de vacinação?

SIM  NÃO

## OBSERVAÇÃO

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA:            /            /

INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### MODELO DE RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO

**Identificação** (Nº Notificação SINAN, Data da notificação, Data início dos sintomas, Nome do paciente, Idade, CPF, Município de residência).

**Comorbidades e risco social** (ex. Etilista, tabagista)

**Atendimentos em unidades de saúde** – Locais, datas, horas, sintomas, procedimentos, exames realizados (principalmente hemograma e exames específicos), orientações sobre hidratação, sinais de alarme e gravidade.

**Local e data do óbito**

**Conclusão do caso** (Breve relato sugerindo se a dengue contribuiu ou não para o óbito)

Local, data e assinatura (pessoa que fez o relatório)



# Assinaturas do documento



Código para verificação: **2014YD8X**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK** (CPF: 060.XXX.189-XX) em 04/10/2024 às 17:51:36  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.  
(Assinatura do sistema)

✓ **IVÂNIA DA COSTA FOLSTER** (CPF: 589.XXX.509-XX) em 04/10/2024 às 18:48:41  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 12:23:18 e válido até 28/03/2119 - 12:23:18.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxOTgyMjNfMjAwNTUxXzlwMjRfMk8xNFIEOFg=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00198223/2024** e o código **2014YD8X** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.