



CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC):

Indivíduo, **sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda**, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para *T. cruzi*. (Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico)

Obs.: não notificar casos já registrados em fase aguda no SINAN

Mais informações no Guia de VS - <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes>

Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN. Para acesso aos materiais com definição de casos, acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>

Estado (UF) de notificação: ____ ____		Município de notificação: _____		
Estabelecimento de saúde: _____		Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Dados individuais	1 Tem CPF? (Marcar X) __ Sim __ Não	2 Estrangeiro: __ Sim __ Não		
	3 CPF: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	4 CNS: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		
	5 Ocupação: _____			Código (CBO) __ __ __ __
	6 Nome Completo: _____			
	7 Nome social: _____			
	8 Nome Completo da Mãe: _____			
	9 Data de nascimento: ____ ____ ____	10 Idade: __ __	(Marcar X): __ Hora __ Dia __ Mês __ Ano	
	11 País de origem (se estrangeiro): _____			
	12 Sexo ao nascer: (Marcar X) __ Masculino __ Feminino			
	13 Raça/Cor: (Marcar X) __ Branca __ Preta __ Parda __ Amarela __ Indígena __ Ignorado	14 Se indígena, qual a etnia? _____		
	15 Pertence a povos e comunidades tradicionais: __ Sim __ Não	16 Se sim, informe: _____		
	17 Escolaridade: (Marcar X) __ Nenhuma __ EF incompleto __ EF completo (até o 9º ano) __ EM incompleto __ EM completo (até o 3º ano) __ Superior __ Não se aplica __ Ignorado			
	Dados de Residência	18 CEP de residência: ____ ____ ____ - ____ ____		
19 Logradouro: _____		20 Número: ____		
21 Complemento: _____				
22 Bairro: _____				
23 Estado de residência: ____		24 Município de residência: _____		
25 (DDD) Telefone ____ - ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		26 Zona: (Marcar X) __ Urbana __ Rural __ Periurbana __ Ignorado		
27 País de Residência (se estrangeiro): _____				

NOTIFICAÇÃO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Atendimento	28 Data de notificação: ____ ____ ____	29 Ano provável do diagnóstico: __ __ __		
	30 Modo de detecção: (marcar x em apenas uma opção) __ Triagem para doador de órgãos/tecidos __ Receptor em transplante de órgãos/tecidos __ Banco de Sangue __ Pré-Natal __ Rastreamento/Busca ativa	__ Demanda espontânea - UBS __ Demanda espontânea: Hospital ou serviço especializado __ Serviços de assistência em HIV/aids __ Comitê de investigação de óbito __ Outros _____		
	31 Gestante: (Marcar X) __ 1º Trimestre __ 2º Trimestre __ 3º Trimestre __ Idade Gestacional Ignorada __ Não __ Não se aplica __ Ignorado			
	32 UF de nascimento: ____	33 Município de Nascimento: _____		
	34 UF provável de infecção: ____			
Laboratório	35 Nº requisição GAL: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	36 Sorologia (IgG) (Marcar X) ELISA (IgG): __ Reagente __ Não-Reagente __ Inconclusivo __ Não Realizado __ Sem informação IFI-Imunofluorescência (IgG): __ Reagente __ Não-Reagente __ Inconclusivo __ Não Realizado __ Sem informação HAI-Hemaglutinação (IgG): __ Reagente __ Não-Reagente __ Inconclusivo __ Não Realizado __ Sem informação Quimioluminescência: __ Reagente __ Não-Reagente __ Inconclusivo __ Não Realizado __ Sem informação			
	37 PCR detectável? (Marcar X) __ Sim __ Não __ Não realizado			
	38 Outros exames positivos para DC? __ Sim __ Não / Se sim, quais? _____			
Profissional Responsável: _____		Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		

ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº de notificação: ____	39 Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação? __ Sim __ Não
40 Estado da UBS que acompanha/ acompanhará o caso? (Se 39 = não) ____ ____	
41 Município da UBS que acompanha/ acompanhará o caso? _____	
42 Qual a UBS que acompanha/ acompanhará o caso? _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____

43	Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado? (Se 39 = não) __ Sim __ Não		
44	Estado do Hospital/Serviço Especializado __ __	45	Município: _____
46	Qual Hospital/Serviço Especializado? _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
47	Exames complementares - Preencher: 1 – Alterado 2 - Normal 3 - Não realizado __ Eletrocardiograma __ RX tórax __ RX colón __ RX esôfago __ Ecocardiograma __ Outros _____		
48	Comorbidades: (marcar X) __ HIV/aids __ Hipertensão __ Hepatite crônica __ Diabetes __ Cardiopatia de outra etiologia __ Neoplasias/Outras condições de imunossupressão __ Leishmanioses __ Outras _____		
49	Forma clínica: __ Indeterminada __ Digestiva (marcar X) __ Cardíaca leve/moderada __ Cardiodigestiva __ Cardíaca avançada __ Em investigação	50	Ocorreu episódio de reativação (reagudização)? __ Sim __ Não
51	Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol? (marcar X) __ Sim __ Não		
52	Prescrições atuais - Tratamento Específico: 1ª Linha: Benznidazol (BNZ): __ Sim __ Não 2ª Linha: Nifurtimox (NFX) : __ Sim __ Não	Total de comprimidos BNZ: __ __ __ __ NFX: __ __ __ __	nº dias de TTº BNZ: __ __ __ NFX: __ __ __
53	Apresentou reações adversas? (marcar x) __ Sem reações __ Dermopatia leve/moderada __ Dermopatia grave __ Ageusia __ Parestesias __ Depressão medula óssea __ Intolerância gastrointestinal __ Artralgias __ Outras _____		
54	Nº de Familiares com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas: __ __		
55	Realizada busca ativa? __ Sim __ Não (se sim, preencher campos 56-58) →	56	Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas: __ __ Se sem informação (marcar x) → []
		57	Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa: __ __ / Sem inf []
		58	Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa __ __ / Sem inf []
59	Transferência? __ Sim __ Não Novo Estado de residência: __ __ Município de Residência: _____ UBS de Acompanhamento: _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
60	Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? __ Sim __ Não Estado do Ambulatório Especializado ou Hospital: __ __ Município: _____ Nova unidade de acompanhamento: _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
61	Situação de encerramento: (marcar X) __ Permanece em acompanhamento clínico __ Abandono __ Óbito por D. Chagas __ Em aberto __ Óbito por outras causas __ Cancelado/Excluir	62	Data do Óbito: ____/____/____
		63	Data do Encerramento: ____/____/____
Profissional Responsável: _____		Registro Conselho/Matrícula: __ __ __ __ __ __	

Tela Busca ativa

Notificação caso índice	Nome familiar	Parentesco [1]Sogro (a); [2]Pai/Mãe; [3] Marido/Mulher; [4]Irmão (ã); [5]Cunhado (a); [6]Filho (a); [7]Filho (a) recém-nascido; [8]Enteado (a); [9]Sobrinho (a); [10]Vô (ó); [11]Tio (a); [12]Primo (a).	CPF	Confirmado para Chagas	Nº Notificação se confirmado No caso de Filho (a) recém-nascido, ele (a) já deve ser inserido como suspeito de fase aguda no SINAN
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	

Observações: _____

