



FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº

e-SUS Notifica 01.07.2024

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 e confirmados 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>

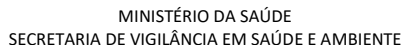
Dados individuais - Identificação	Estado (UF) de notificação:		Município de notificação:	
	Estabelecimento de saúde:		Código (CNES):	
	1	Tem CPF? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não	2	CPF:
	3	Estrangeiro (se não tiver CPF): ☐ Sim ☐ Não	4	CNS:
	5	(CBO) Ocupação:	Código (CBO)	
	6	Nome Completo:		
	7	Nome social:		
	8	Nome Completo da Mãe:		
	9	Data de nascimento:	10	Idade (em anos) (preenchida no sistema a partir do nascimento):
	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:
	23	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 suspeição: (Marcar X em apenas uma opção) ☐ Triagem para doador de órgãos/tecidos ☐ Receptor em transplante de órgãos/tecidos ☐ Banco de Sangue ☐ Pré-Natal ☐ Rastreamento na APS ☐ Busca ativa em registros (Prontuários, etc.) ☐ Busca ativa de familiares ☐ Busca ativa a partir do triatomíneo na UD ☐ Demanda espontânea - UBS ☐ Demanda espontânea - Hospital ou serviço especializado ☐ Serviços de assistência em HIV/aids ☐ Comitê de investigação de óbito ☐ Outros		
	31	Gestante no ano de notificação: (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:	Município provável de infecção:	
Laboratório	35	Nº requisição GAL:		
	36	Sorologia (IgG) (Marcar X) ELISA - Ensaio imunoenzimático (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:

Observações:

ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA									
Nº de notificação	39	Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação? ☐ Sim ☐ Não							
40	(Se 39 = não) - Informações da UBS que acompanha/acompanhará o caso: Estado da UBS: _____ Município da UBS: _____ Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____ Qual a UBS: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____								
41	Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado? ☐ Sim ☐ Não								
42	(Se 41 = sim) - Informações do Hospital/Serviço Especializado: Estado do Hospital/Serviço Especializado: _____ Município do Hospital/Serviço Especializado: _____ Código IBGE: ____ ____ ____ ____ ____ ____ Qual Hospital/Serviço especializado: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____								
43	Exames complementares (Marcar x) Eletrocardiograma: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado RX tórax: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado RX colón: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado RX esôfago: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado Ecocardiograma: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado Outros: ☐ Alterado ☐ Normal ☐ Não realizado Se outros, quais _____								
44	Comorbidades: (Marcar X) ☐ HIV/aids ☐ Hipertensão ☐ Hepatite crônica ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia de outra etiologia ☐ Neoplasias/Outras condições de imunossupressão ☐ Leishmanioses ☐ Outras _____								
45	Forma clínica: ☐ Indeterminada ☐ Digestiva (Marcar X) ☐ Cardíaca leve/moderada ☐ Cardiodigestiva ☐ Cardíaca avançada ☐ Em investigação		46	Ocorreu episódio de reativação (reagudização)? ☐ Sim ☐ Não					
47	Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não								
48	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: ____ ____ ____ ____ ____ ____				
49	Apresentou reações adversas ao BNZ? (Marcar X) ☐ Sem reações ☐ Dermatopatía leve/moderada ☐ Dermatopatía grave ☐ Ageusia ☐ Parestesias ☐ Depressão medula óssea ☐ Intolerância gastrointestinal ☐ Artralguas ☐ Outras _____								
50	Apresentou reações adversas ao NFX? (Marcar X) ☐ Sem reações ☐ Dermatopatía leve/moderada ☐ Dermatopatía grave ☐ Ageusia ☐ Parestesias ☐ Depressão medula óssea ☐ Intolerância gastrointestinal ☐ Artralguas ☐ Outras _____								
51	Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas: ____ ____ _____								
52	Realizada busca ativa? ☐ Sim ☐ Não (Se sim, preencher campos 53-55) →	53	Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas: ____ ____ _____ Se sem informação (Marcar X) → []						
		54	Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa: ____ ____ _____ Sem inf []						
		55	Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa ____ ____ _____ Sem inf []						
56	Transferência de residência? ☐ Sim ☐ Não Novo Estado de residência: ____ ____ _____ Novo Município de Residência: _____ Cod.IBGE: ____ ____ ____ ____ ____ ____								
57	Mudançã de UBS de acompanhamentõ? ☐ Sim ☐ Não UF da nova UBS ____ _____ Município da nova UBS: _____ Cod.IBGE: ____ ____ ____ ____ ____ ____ Nova UBS: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____								
58	Houve Alteraçãõ de Ambulatório Especializadõ ou Hospital? ☐ Sim ☐ Não Estado do novo Ambulatório Especializadõ ou Hospital: ____ ____ _____ _____ _____ _____ Município: _____ Cod.IBGE: ____ ____ ____ ____ ____ ____ Nova unidade de acompanhamentõ: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____								
59	Situaçãõ de encerramentõ: (Marcar X) ☐ Permanece em acompanhamentõ clínico ☐ Óbito por outras causas ☐ Canceladõ/Excluir ☐ Óbitõ por D. Chagas ☐ Abandonõ								
60	Data do Óbitõ: ____/____/____		61	Data do Encerramentõ: ____/____/____					
Profissional Responsável: _____			Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____						



Nº

e-SUS Notifica 01.07.2024

Informações prévias à busca ativa – Familiares (vivos) já com doença de Chagas

[illegible][illegible]