

# ANEXO 1

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL FILARIOSE

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: center;">2 - Individual</div>		2 Agravo/doença <div style="text-align: center;"><b>FILARIOSE</b></div>		Código (CID10) <div style="text-align: center;"><b>B 74.0</b></div>		3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente						9 Data de nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante <small>1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado</small>		13 Raça/Cor <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>	
	14 Escolaridade <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau ) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica</small>							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		30 País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>							
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação				
33 Residente ou procedente de área endêmica <small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small> Se sim, qual local? _____		34 Tempo de residência nesse local <small>1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano</small>		35 Dados da investigação entomológica Presença de infecção vetorial <small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>				
Antecedentes Clínicos	36 História de:		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Linfedema		Há quanto tempo? _____ <small>1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano</small>	
	<input type="checkbox"/> Familiar de linfedema <input type="checkbox"/> Cirurgia vascular ortopédica <input type="checkbox"/> Imobilização prolongada de membros		<input type="checkbox"/> Trauma localizado <input type="checkbox"/> Trombose venosa <input type="checkbox"/> Câncer		<input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Quilúria		Há quanto tempo? _____ <small>1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano</small>	
Dados Clínicos	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	<b>Gerais:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Quilúria <input type="checkbox"/> Tosse asmatiforme <input type="checkbox"/> Dispnéia							
	<b>Locais:</b> <input type="checkbox"/> Dor, Calor e Rubor <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Erisipela <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Elefantíase <input type="checkbox"/> Outros _____							
	<input type="checkbox"/> Hipertrofia ganglionar Especifique <input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epirocleana 2 Axilar 4 Outra localização <input type="checkbox"/> Adenite Especifique <input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epirocleana 2 Axilar 4 Outra localização							
38 Localização Sinais e Sintomas Locais   1 -Sim 2 -Não 3 - Não apresenta								
<input type="checkbox"/> Membro superior <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Membro inferior <input type="checkbox"/> Órgãos genitais								

Dados de Laboratório	<b>39</b> Parasitológico      1 -Positivo 2 -Negativo 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Filtração <input type="checkbox"/> Hemoconcentração <input type="checkbox"/> PCR	<b>40</b> Imunodiagnóstico      1 -Positivo 2 -Negativo 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Og4C3 - ELISA <input type="checkbox"/> Teste do cartão (ICT)
	<b>41</b> Contagem de eosinófilos _____ mm3	<b>42</b> Proteinúria de 24 horas _____ mg/L
	<b>43</b> Identificação do verme adulto      1 -Sim 2 -Não 9 - Não realizado <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Exame histológico	
Tratamento	<b>44</b> Tratamento <i>Se realizado, especificar esquema terapêutico:</i> <input type="checkbox"/> 1. realizado      1. Dietilcarbamazina (DEC) 6mg/kg/dia 12 dias <input type="checkbox"/> 2. não realizado    2. DEC/dose única semestral/2 anos <input type="checkbox"/> 9. ignorado      3. DEC/dose única anual/4 anos <i>Se não realizado, especificar motivo:</i> 4. DEC (outro esquema terapêutico) <input type="checkbox"/> 1.abandono      5. Outros <input type="checkbox"/> 2. recusa <input type="checkbox"/> 9.Não se aplica	<b>45</b> Data de início do tratamento atual  ____/____/____
	<b>46</b> Critério de confirmação ou descarte <input type="checkbox"/> 1. clínico-epidemiológico      2. Laboratorial      3. clínico-epidemiológico-laboratorial	
Diagnóstico	<b>47</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1. Confirmado <input type="checkbox"/> 2. Descartado	
	<b>48</b> Se confirmado, o caso é: <input type="checkbox"/> 1. Autóctone <input type="checkbox"/> 2. Alóctone	
	<b>49</b> Forma Clínica      1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Microfilaremia/Antigenemia assintomática <input type="checkbox"/> Eosinofilia Pulmonar Tropical <input type="checkbox"/> Adenopatia filarial <input type="checkbox"/> Doença Filarial Aguda <input type="checkbox"/> Doença Filarial Crônica <i>Especifique (1- sim 2- não 9- ignorado)</i> <i>Especifique (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado)</i> <input type="checkbox"/> Adenite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Linfangite <input type="checkbox"/> Orquiepididimite <input type="checkbox"/> Adenolinfangit <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Elefantíase <input type="checkbox"/> Quilúria	

### Informações complementares e observações

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	Endereço	Localidade

Observações:

---



---



---



---



---

Investigador	<b>50</b> Município/Unidade de Saúde		<b>51</b> Cód. da Unid. de Saúde	
	<b>52</b> Nome	<b>53</b> Função	<b>54</b> Assinatura	