MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

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 clinico-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

Estado (UF) de notificação:__|__ **Município de notificação:**
Estabelecimento de saúde: Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

Dados individuais - Identificação	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:** Código IBGE: __|__|__|__|__|__|		
	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:** Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
	34	**UF provável de infecção:** __|__ **Município provável de infecção:** Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|		
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: (Marcar X)
|__|Indeterminada |__|Digestiva
|__|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: **Total de comprimidos** **nº dias de TTº**
1ªLinha: Benznidazol (BNZ): |__| Sim |__|Não BNZ: |__|__|__|__| BNZ:|__|__|__|
2ª Linha: Nifurtimox (NFX) : |__| Sim |__|Não NFX: |__|__|__|__| NFX:|__|__|__|

49
Apresentou reações adversas ao BNZ? (Marcar X)
|__|Sem reações |__|Dermopatia leve/moderada |__|Dermopatia grave |__|Ageusia |__|Parestesias |__|Depressão medula óssea
|__|Intolerância gastrointestinal |__|Artralgias |__|Outras_____

50
Apresentou reações adversas ao NFX? (Marcar X)
|__|Sem reações |__|Dermopatia leve/moderada |__|Dermopatia grave |__|Ageusia |__|Parestesias |__|Depressão medula óssea
|__|Intolerância gastrointestinal |__|Artralgias |__|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
Mudança de UBS de acompanhamento? |__|Sim|__|Não
UF da nova UBS___|___
Município da nova UBS:_____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
Nova UBS: Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

58
Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? |__|Sim|__|Não
Estado do novo Ambulatório Especializado ou Hospital: |__|__|
Município: _____ Cod.IBGE: __|__|__|__|__|__|
Nova unidade de acompanhamento: Código (CNES):__|__|__|__|__|__|__

59
Situação de encerramento: (Marcar X)
|__|Permanece em acompanhamento clínico |__|Óbito por por outras causas |__|Cancelado/Excluir
|__|Óbito por D. Chagas |__|Abandono

60 **Data do Óbito:** ____/____/_____ | **61** **Data do Encerramento:** ____/____/_____

Profissional Responsável: | Registro Conselho/Matrícula:__|__|__|__|__|__|__

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº

e-SUS Notifica 01.07.2024

Busca ativa

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

Notificação caso índice	**Nome familiar**	**Parentesco** *Sogro (a)* *Pai* *Mãe* *Marido/Mulher* *Irmão (ã)* *Cunhado (a)* *Filho (a)* *Filho (a) recém-nascido* *Enteado (a)* *Sobrinho (a)* *Vô (ó)* *Tio (a)* *Primo (a)*
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		
Preenchimento automático		

Monitoramento de Busca ativa pós notificação

Notificação caso índice	**Nome familiar**	**Parentesco** *Sogro (a)* *Pai* *Mãe* *Marido/Mulher* *Irmão (ã)* *Cunhado (a)* *Filho (a)* *Filho (a) recém-nascido* *Enteado (a)* *Sobrinho (a)* *Vô (ó)* *Tio (a)* *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	