

FICHA NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE COM EXANTEMA.



Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
 Coordenadoria de Controle de Doenças - Centro de Vigilância
 Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

Data de notificação (DD/MM/AA)

1. IDENTIFICAÇÃO

1 Nome 2 data de nascimento 3 idade (anos)

4 Gênero 1-Masculino 2-Feminino 5 Gestante 6 Idade gestacional
 1- sim 2- não

7 vacina tríplice 8 data da vacina tríplice

9 Endereço (rua/avenida/nº/bairro)

10 Município de residência 11 UF 12 GVT 13 contato (telefone/email)

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

14 Dengue atóxico 15 Ano da ocorrência
 1- Sim 2- Não

4. SINAIS E SINTOMAS

16 Data de início dos sintomas

17 Sinais e sintomas 1- sim 2- não 9- ignorado

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/> Diarreia	
<input type="checkbox"/> Poliartrite	<input type="checkbox"/> Sintomas respiratórios	
<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Cefaleia	
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Mialgia	
<input type="checkbox"/> Manifestação hemorrágica _____	<input type="checkbox"/> Edema de membros	

4. ATENDIMENTO

18 Nome do hospital Data de atendimento

19 Município do hospital 20 UF