

# **Manual de treinamento em Vigilância Sindrômica**

CIEVS Minas

Secretaria de Estado da Saúde

CIEVAS Belo Horizonte

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte

Abril 2014

## Sumário

1. Introdução.....	1
2. Vigilância Sindrômica.....	2
3. Agravos de Notificação Compulsória Imediata.....	3
4. Fluxograma de Avaliação de Gravidade.....	4
5. Fluxograma de Síndromes Diarreicas.....	5
6. Fluxograma de Síndromes Exantemáticas.....	6
7. Fluxograma de Síndromes Neurológicas Febris.....	7
8. Fluxograma de Síndromes Febris Indeterminadas com Manifestações Hemorrágicas.....	8
9. Fluxograma de Síndromes Febris Indeterminadas com Manifestações Ictéricas.....	9
10. Fluxograma de Síndrome Respiratória Aguda Grave.....	10
11. Fluxograma de Bioterrorismo.....	11
12. Tabela Resumo das Principais Doenças.....	12
13. Ficha de Notificação Sindrômica.....	29

## **Introdução**

A Vigilância Epidemiológica das doenças infecciosas sempre foi um grande desafio. Sob o prisma assistencial, muitas doenças infecciosas envolvem não apenas o risco para a pessoa doente, mas também para seus familiares e para a população em geral. O diagnóstico da doença por si é um desafio, muitas doenças infecciosas tem quadros clínicos sobrepostos ou sintomas semelhantes, principalmente no início das manifestações clínicas.

A Vigilância Epidemiológica precisa conhecer o comportamento dessas doenças na população. Sob o prisma da Vigilância, cada doente pode ser apenas um caso isolado ou representar o início de um surto que pode colocar em risco várias pessoas. Por isso, é preciso que a comunicação entre a assistência e a Vigilância seja ágil o suficiente para que os casos suspeitos sejam agregados, o risco populacional seja identificado e eventuais medidas de controle sejam adotadas o mais rápido possível.

Infelizmente, essa comunicação entre os serviços e a Vigilância nem sempre é tão rápida como necessário. Historicamente, vários fatores influenciam essa falta de agilidade, como demora na confirmação do diagnóstico, sobrecarga do serviço, burocracia operacional e imagem da Vigilância como um processo burocrático, entre outros.

Com o objetivo de agilizar este trabalho e fortalecer as ações de vigilância de surtos, o Ministério da Saúde fundou em 2006 o Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS). Este movimento foi seguido pelos estados e principais capitais do país, que contam com estrutura de Vigilância Epidemiológica que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Em Minas Gerais, os agravos podem ser comunicados ao CIEVS Minas pelo e-mail: [notifica.se@saude.mg.gov.br](mailto:notifica.se@saude.mg.gov.br) ou pelo telefone (31) 9744-6983. Em Belo Horizonte, as notificações podem ser feitas as Gerências Regionais de Epidemiologia, durante o horário de expediente, e ao CIEVS BH a noite, finais de semana e feriados, por meio do telefone (31) 8835-3120.

Com o objetivo de orientar o diagnósticos das doenças infecciosas que podem representar risco para a população e estreitar ainda mais a comunicação entre os serviços assistenciais e a Vigilância, o CIEVS Minas, com a colaboração do CIEVS BH, desenvolveu este Protocolo de Abordagem Clínica e de Vigilância Síndrômica.

Esperamos que este Manual o auxilie na sua prática diária e facilite a vigilância de agravos colocam em risco a população.

CIEVS Minas – Secretaria de Estado da Saúde

## **Vigilância Sindrômica**

Conceitualmente, vigilância sindrômica é uma estratégia da vigilância epidemiológica que se baseia na detecção de um conjunto de manifestações clínicas comuns a um maior número de doenças, com o objetivo de identificar precocemente um maior número de casos, favorecendo a identificação de eventuais surtos ou riscos populacionais e contribuindo para a adoção precoce de medidas de controle. Além de identificar doenças já conhecidas, a vigilância sindrômica pode facilitar a identificação de surtos de doenças inusitadas ou raras e de doenças já conhecidas, mas que apresentam algum incomum em sua apresentação clínica ou evolução.

Com objetivo de orientar e agilizar o diagnóstico de doenças infecciosas de notificação compulsória imediata e seus principais diagnósticos diferenciais, o CIEVS Minas, com a colaboração do CIEVS BH, desenvolveu este sistema de abordagem sindrômica. Inicialmente os pacientes são classificados de acordo com a gravidade de sua doença, para determinar qual o nível de atenção mais adequado para seu atendimento. As doenças de notificação compulsória imediata foram divididas em sete grupos, de acordo com suas manifestações principais:

- síndromes diarreicas;
- síndromes exantemáticas;
- síndromes neurológicas febris;
- síndromes febris indeterminadas com manifestações hemorrágicas;
- síndromes febris indeterminadas com manifestações ictéricas;
- síndrome respiratória aguda grave;
- bioterrorismo.

Dentro de cada grupo, as doenças e seus principais diagnósticos diferenciais foram agrupadas de acordo com suas características epidemiológicas e clínicas mais frequentes e/ou relevantes para se chegar ao diagnóstico mais específico possível. Para cada uma dessas doenças, é descrita resumidamente a conduta para o diagnóstico específico e o tratamento inicial.

Com o objetivo de facilitar e agilizar o processo de notificação, desenvolveu-se um ficha de notificação única, que abrange todas as doenças de notificação imediata e atende as necessidade da notificação imediata (24 horas). Posteriormente, a ficha específica será preenchida pela equipe da Vigilância Epidemiológica.

## **Agravos de Notificação Compulsória Imediata (em até 24 horas)**

As doenças, agravos e eventos constantes dessa lista devem ser notificados à Secretaria Municipal de Saúde (GEREPI ou CIEVS - **8835-3120**) ou Secretaria de Estado da Saúde, **(31) 9744-6983**, no máximo, 24 horas a partir da **suspeita inicial**. Na impossibilidade de comunicação à SMSA e à SES, a notificação será realizada ao Ministério da Saúde pelo Disque Notifica: **0800-644-6645**, ou pelo e-mail: [notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo site da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs). Os casos suspeitos ou confirmados deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 dias, a partir da data de notificação.

A lista a seguir inclui apenas doenças infecciosas da Portaria MS Nº 104, de 25/01/2011. A lista completa dos agravos está disponível no site:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).

- |                                                                            |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Botulismo                                                                | • Sarampo                                                                                 |
| • Carbúnculo ou Antraz                                                     | • Rubéola                                                                                 |
| • Cólera                                                                   | • Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV)                   |
| • Dengue*                                                                  | • Varíola                                                                                 |
| • Doença de Chagas Aguda                                                   | • Tétano neonatal <sup>¥</sup>                                                            |
| • Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no Brasil** | • Toxoplasmose <sup>¥</sup>                                                               |
| • Febre Amarela                                                            | • Tularemia                                                                               |
| • Febre maculosa <sup>¥</sup>                                              | • Síndrome febril icterico e/ou hemorrágica aguda <sup>¥</sup>                            |
| • Febre do Nilo Ocidental                                                  | • Síndrome de Rubéola Congênita                                                           |
| • Hantavirose                                                              | • Difteria <sup>II</sup>                                                                  |
| • Influenza humana por novo subtipo                                        | • Doença meningocócica <sup>II</sup>                                                      |
| • Malária <sup>¥</sup>                                                     | • Doença transmitida por alimentos <sup>¥</sup> em embarcações ou aeronaves <sup>II</sup> |
| • Peste                                                                    | • Influenza humana <sup>II</sup>                                                          |
| • Poliomielite                                                             | • Meningites virais <sup>II</sup>                                                         |
| • Poxvírus <sup>¥</sup>                                                    |                                                                                           |
| • Raiva Humana                                                             |                                                                                           |

\* óbito, dengue com complicações, síndrome do choque da dengue, febre hemorrágica da dengue, sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica por ele.

\*\* Saint Louis, Mormo, Encefalites Equinas, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras.

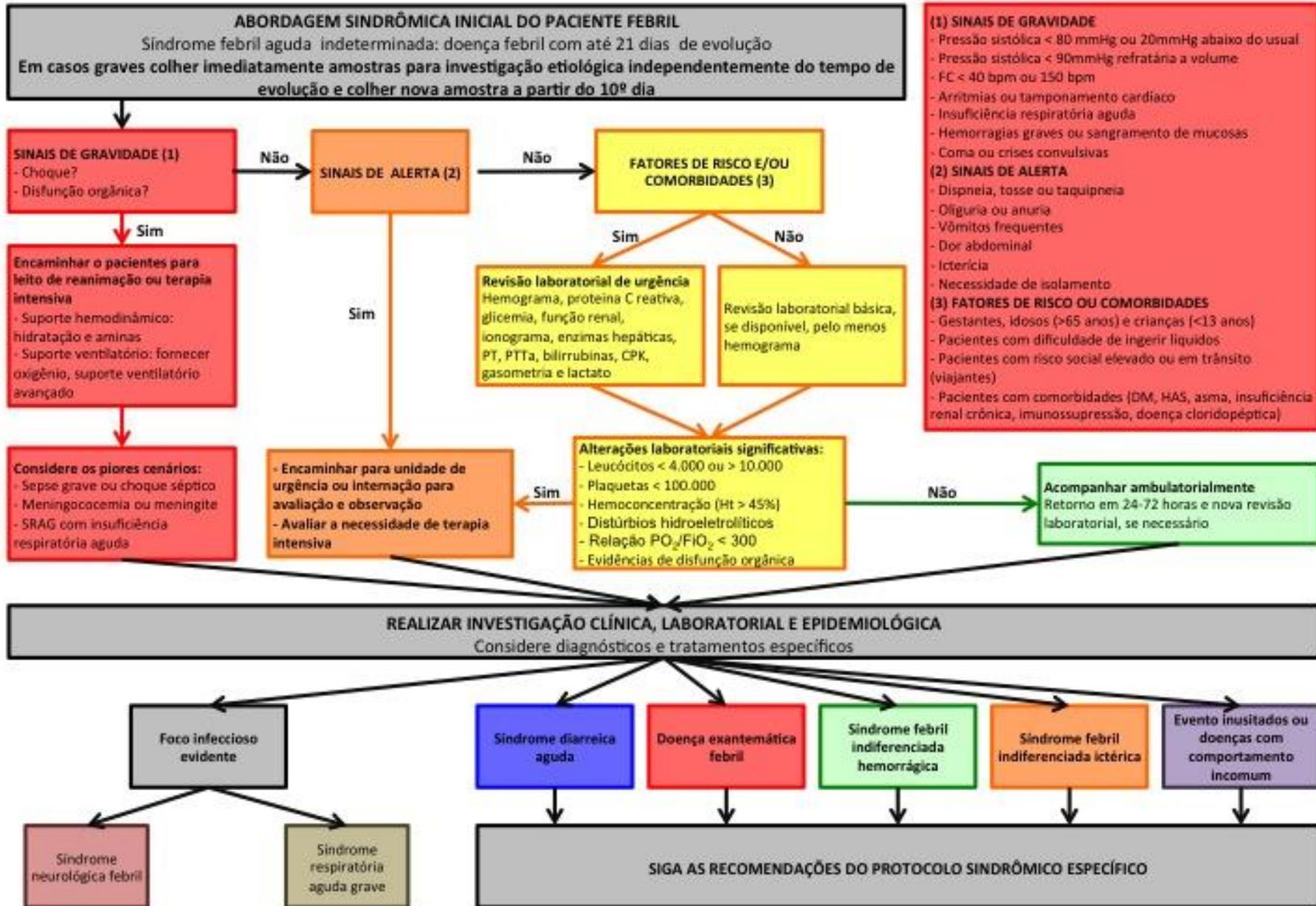
<sup>¥</sup> doenças de notificação imediata em Minas Gerais, conforme Resolução SES Nº 3244 de 25/04/2012.

<sup>II</sup> surto ou agregação de casos ou óbitos

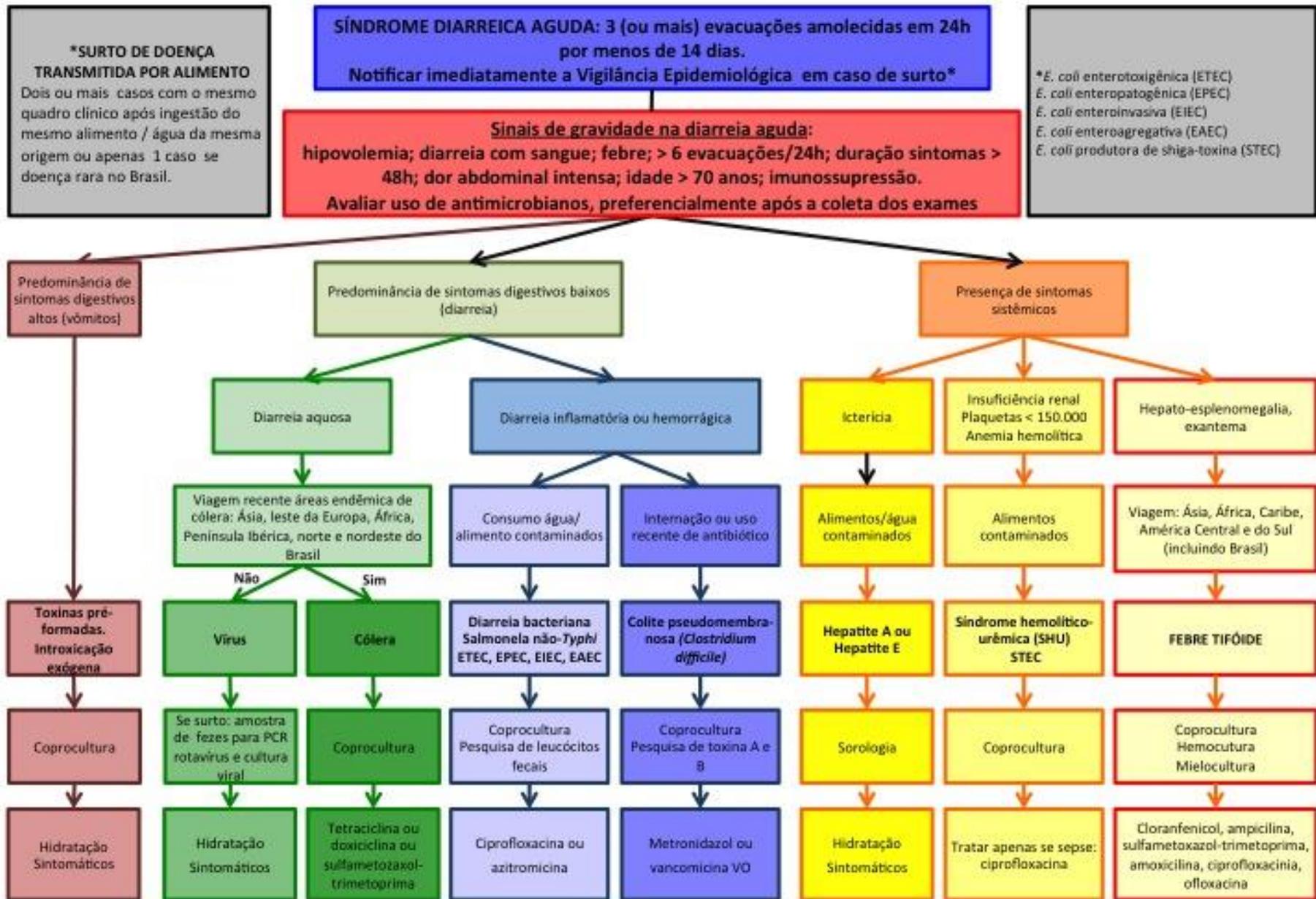
Outros eventos de potencial relevância em saúde pública também devem ser notificadas, como:

- alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida;
- doença de origem desconhecida;
- exposição a contaminantes químicos, água imprópria para consumo, ar contaminado, radiações ionizantes e não ionizantes, desastres de natureza natural ou antropogênica.

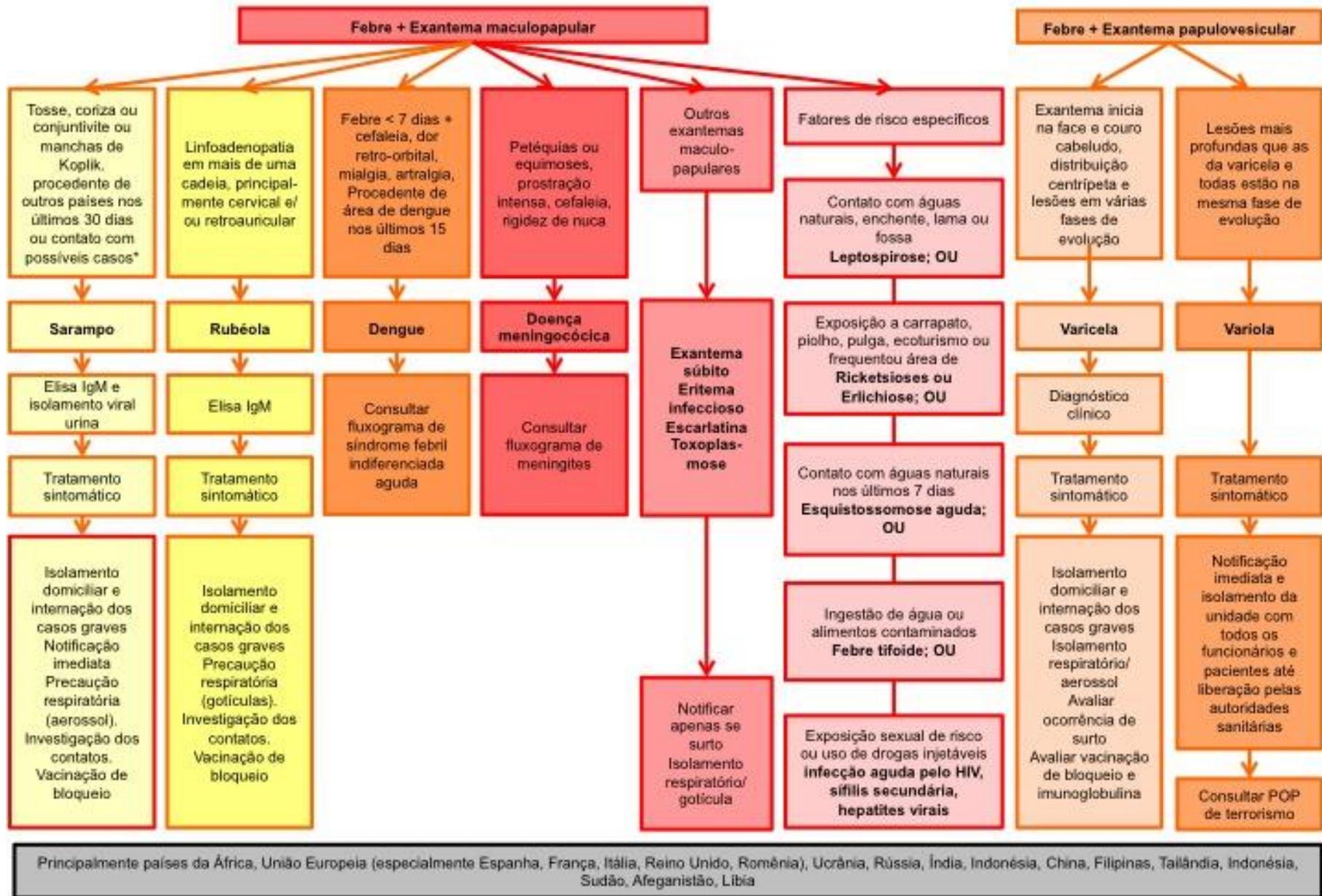
**Fluxograma de Avaliação de Gravidade** (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



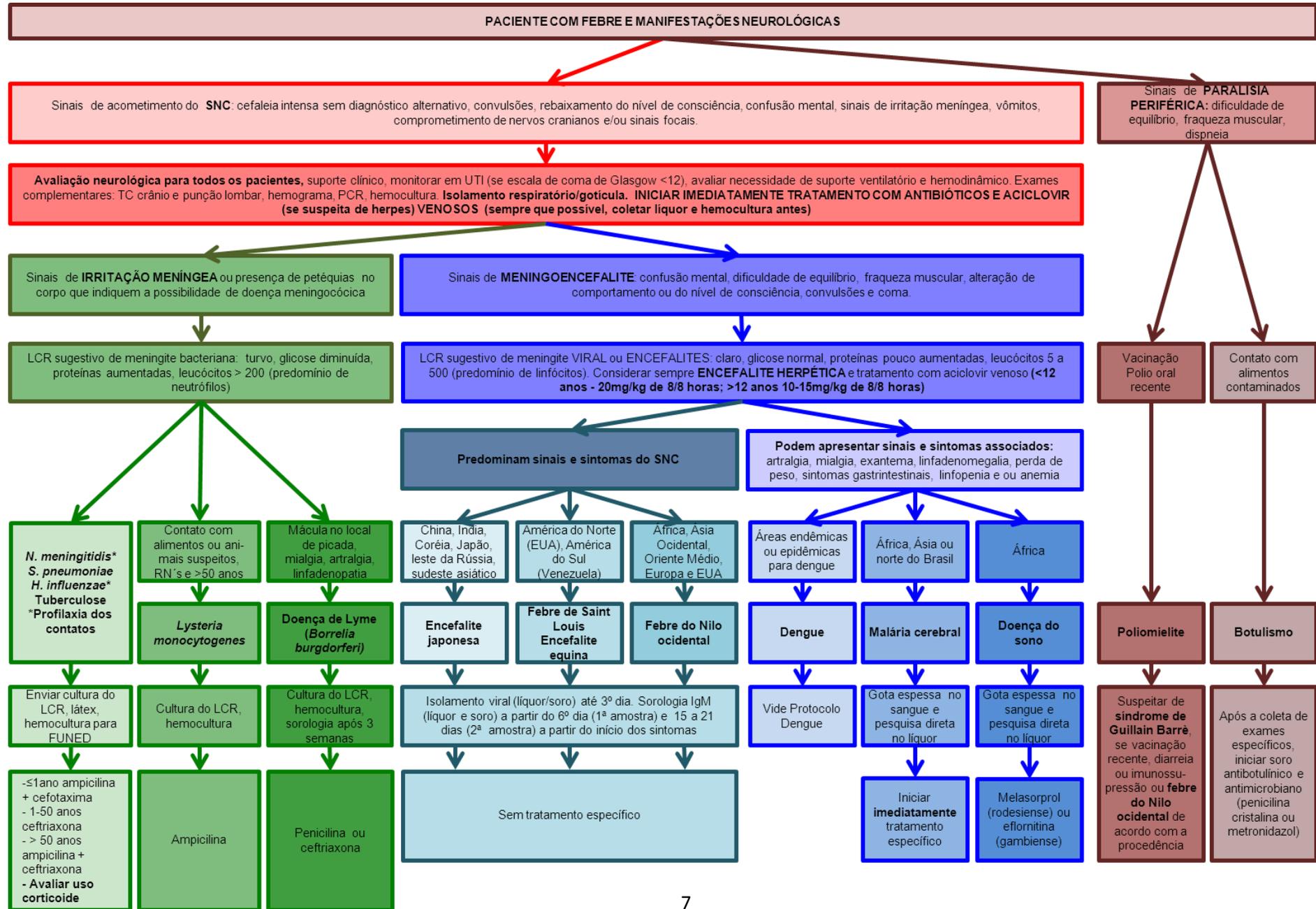
Fluxograma de Síndromes Diarreicas (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



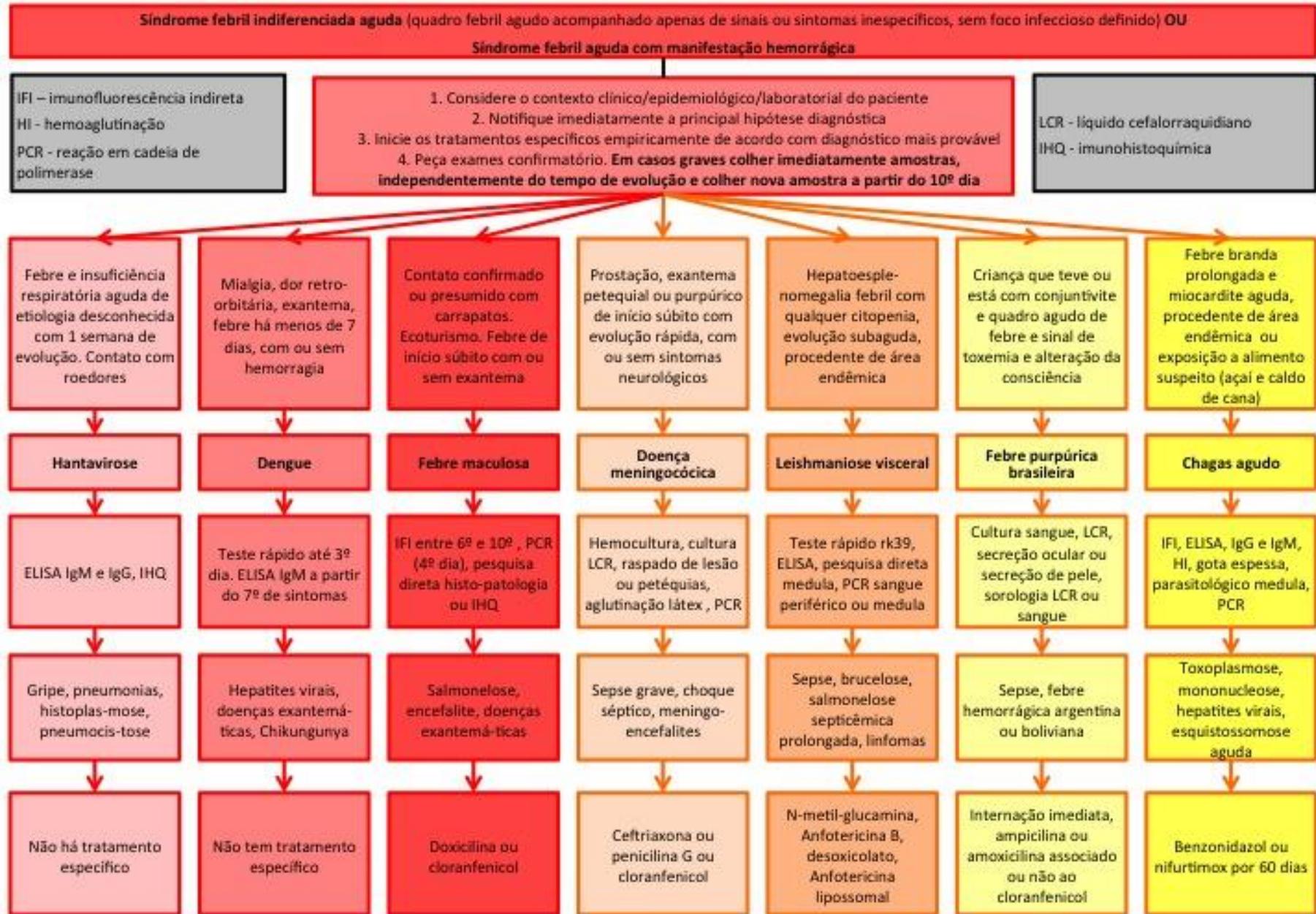
**Fluxograma de Síndromes Exantemáticas** (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



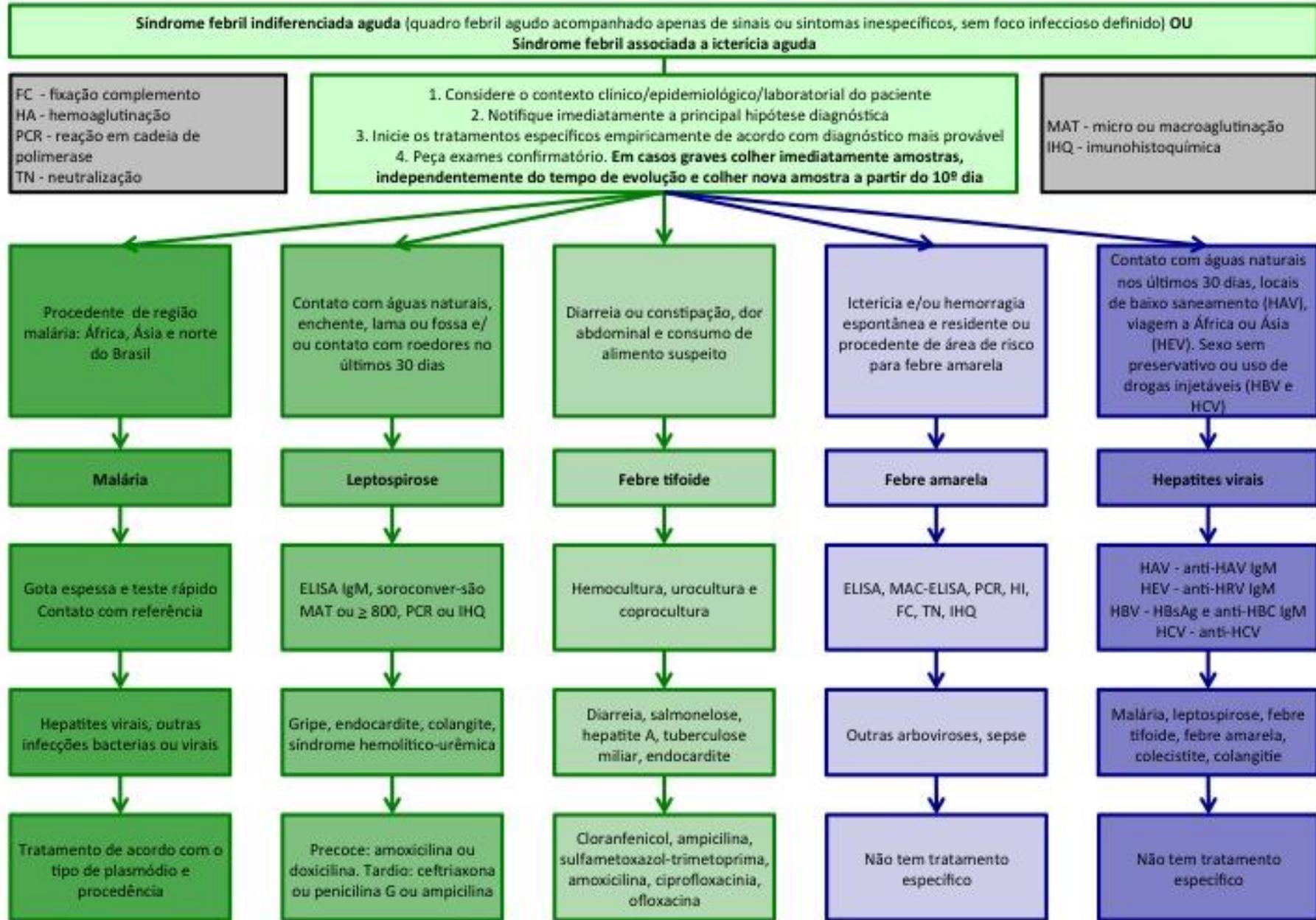
# Fluxograma de Síndromes Neurológicas Febris (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



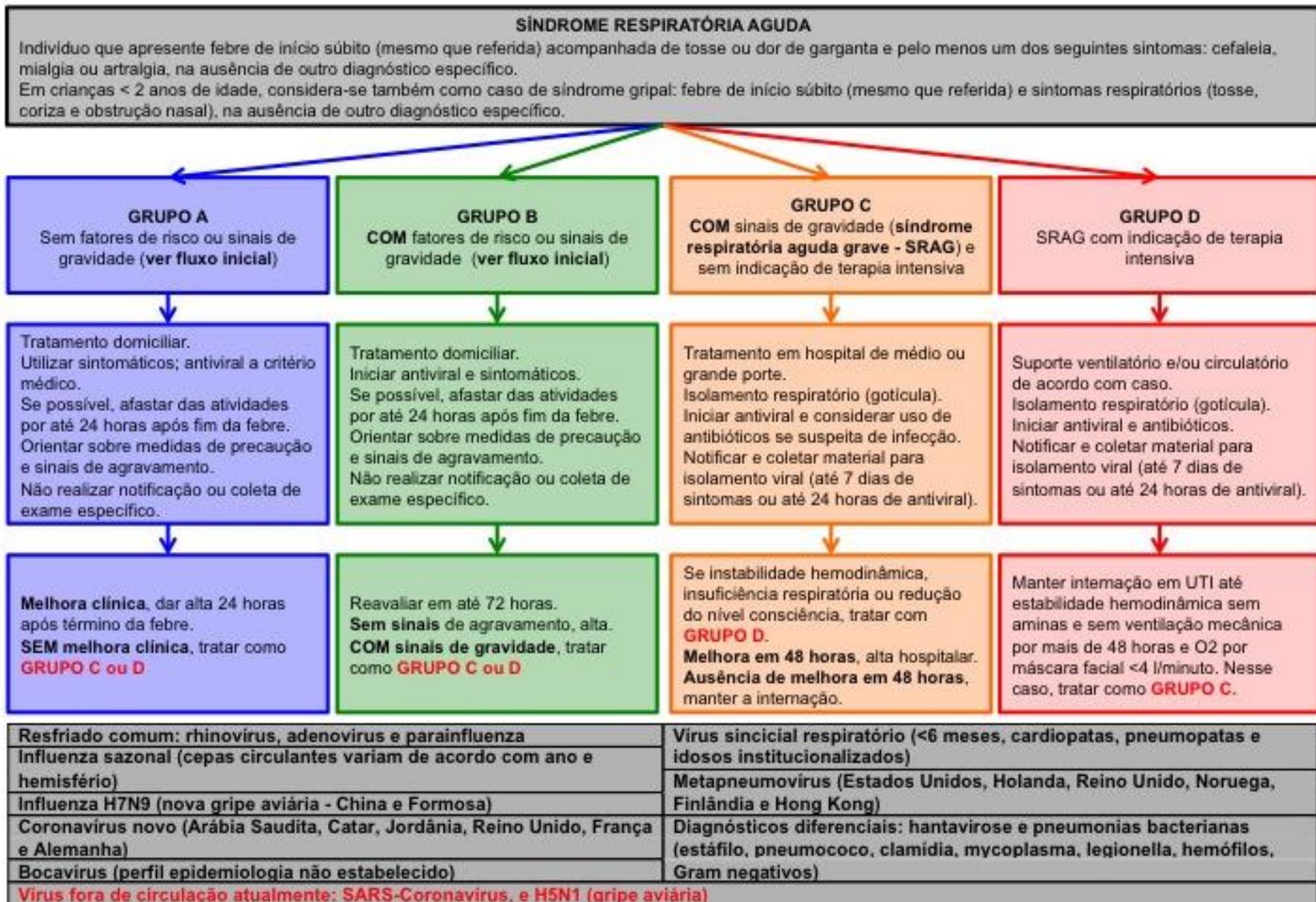
**Fluxograma de Síndromes febris indeterminadas com manifestações hemorrágicas (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)**



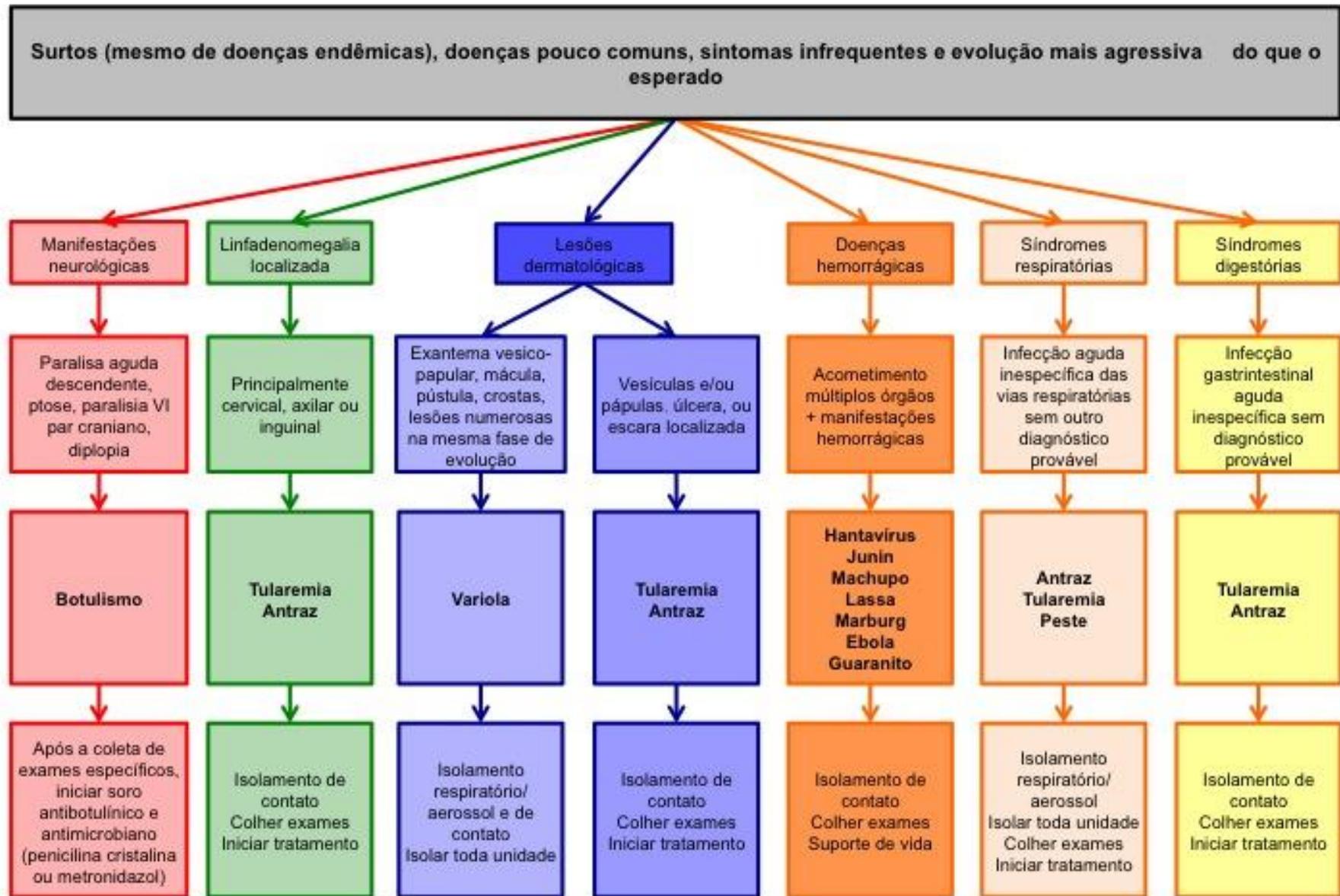
**Fluxograma de Síndromes febris indeterminadas com manifestações ictéricas** (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



**Fluxograma de Síndrome respiratória aguda grave (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)**



**Fluxograma de Bioterrorismo** (imagem em baixa resolução, apenas ilustrativa)



## Tabela resumo das doenças principais doenças

Doença (incubação)	Apresentação Clínica	Diagnóstico específico	Alterações laboratoriais inespecíficas	Tratamento específico
Antraz <i>Bacillus anthracis</i> (2 a 3 dias)	Em geral, acomete a pele com lesões enegrecidas sob as formas de lesão bolhosa e pústula, produzida pelo contato com animais (bovino, caprino, equino e outros) com a mesma doença, também pode ocorrer linfagite e linfadenite. As formas viscerais são graves, embora raras, e são representadas pelo <b>carbúnculo pulmonar</b> (que pode provocar linfadenopatia sistêmica, meningite hemorrágica, delírio, obnubilação, cianose e hipotensão progredindo para óbito em questão de horas), <b>gastrointestinal</b> (febre, dores abdominais, náusea, vômito e diarreia com melena) e <b>neuromeningeo</b>	Cultura (sangue, lesões ou secreções e líquido)	Variável	Não há transmissão entre humanos, mas a descontaminação é obrigatória devido aos esporos no cabelo, nariz, pele e uma possível aerossolização secundária. Isolamento de todos os casos suspeitos e contatos (respiratório/aerossol nas formas pulmonares). Infecções naturais: <b>ciprofloxa-cina</b> VO (500mg/dose 12/12 horas em adultos ou 20-30mg/kg/dia em duas tomadas crianças <20 kg); ou <b>doxicili-na</b> VO 100 mg/dose 12/12 horas adultos ou 5 mg/kg/dia em duas tomadas crianças > 7 anos até 20kg), 7 a 10 dias. Casos graves devem receber medicação IV. Caso o bacilo seja sensível o tratamento pode ser completado com amoxicilina ou penicilina cristalina. <b>Suspeita de bioterrorismo</b> : mesmo esquema de tratamento da infecção natural, mas com <b>duração de 60 dias</b> . As formas graves devem ser tratadas inicialmente por via IV
Brucelose <i>Brucella melitensis</i> , <i>B. suis</i> , <i>B. canis</i> e <i>Brucella abortus</i> (1 a 3 semanas)	Doença aguda: início agudo ou insidioso de febre contínua ou intermitente, astenia com fadiga acentuada aos esforços, cefaleia, mal-estar, sudorese noturna, calafrios, artralgia, lombalgia, depressão, anorexia e perda de peso. Hepatoesplenomegalia pode ocorrer. Doença subclínica ou crônica: meses a anos de evolução, ocorrência de doença localizada. Acometimento e complicações osteo-articulares, orquite, epididimite, envolvimento gastrointestinal, neurológico bem como endocardite bacteriana podem estar presentes. Transmissão pelo contato com sangue, secreções, tecidos, ingestão de leite cru e ou produtos de origem de animal (principalmente bovinos, suínos e caprinos).	Hemocultura, cultura de aspirado de medula óssea ou cultura de tecido (biópsia hepática). Soroaglutinação (testes pareados). <b>Necessário consultar a FUNED antes do envio de amostra.</b> Serviço de Doenças Parasitárias (31) 3314-4672 ou Divisão de Epidemiologia e controle de Doenças (31) 3314-4669	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia podem ocorrer. VHS e proteína C reativa podem estar aumentados, além de elevação discreta das enzimas hepáticas. Em caso de neurobrucelose, líquido pode apresentar pleocitose de 10-200 céls (predominantemente mononuclear), proteína elevada e hipoglicorraquia.	<b>Doxiciclina</b> 100mg VO 12/12h associada à <b>rifampicina</b> 600 a 900mg/dia, 6 semanas. Crianças: não usar <b>doxiciclina</b> em < 7 anos; recomenda-se <b>rifampicina</b> (15mg/kg/dia) associada <b>sulfametoxazol-trimetoprima</b> (50/10mg/kg/dia 12/12h) ou <b>gentamicina</b> (5-6mg/kg/dia)

Campilobacteriose <i>Campilobacter jejuni</i> (1 a 7 dias)	Dor abdominal, febre, diarreia inflamatória podendo haver sangue nas fezes. Após a infecção aguda pode cursar com artrite reativa e síndrome de Guillain-Barré. Distribuição universal	Coprocultura	Leucocitose	Tratar os imunossuprimidos e casos graves por 7 dias: <b>eritromicina</b> 250mg VO 6/6h; ou <b>claritromicina</b> 500mg VO 12/12h; ou <b>azitromicina</b> 500mg VO 24/24h; ou <b>ciprofloxacina</b> VO 500mg 12/12h
Chikungunya Vírus Chikungunya (2 a 12 dias)	Febre de início abrupto e curta duração (em média 2 dias), artralgia, mialgia, cefaleia e exantema. Complicações como: neurológicas, respiratórias, cardíacas, hepatite e uveíte são raras. A artralgia pode ser debilitante e persistir por semanas a meses. Endêmica na África, Ásia e Índia, recentemente ocorrência descrita na Europa e Américas.	ELISA IgM e IgG a partir do 5º dia de início dos sintomas. PCR (até o 5º dia de doença). Exame feito sob consulta e autorização prévia da FUNED. Amostra encaminhada ao Instituto Evandro Chagas, Belém do Pará (referência nacional para arboviroses)	Leucopenia, neutropenia e trombocitopenia podem ocorrer (bem menos frequente que na dengue)	Não existe tratamento específico. Suporte clínico e analgesia
Cólera <i>Vibrio cholerae</i> (horas a 5 dias)	Início súbito de diarreia aquosa profusa (aspecto de água de arroz), vômitos, desidratação. Febre é incomum. Pode variar de formas assintomáticas até quadros graves com choque hipovolêmico e morte. Endêmica na Ásia e África. Epidêmica na Ásia, Américas do sul e Central	Cultura das fezes ( <i>in natura</i> ou <i>swab</i> retal) ou vômito, antibiograma e sorotipagem	Hipocalemia, acidose metabólica com <i>anion gap</i> normal, disfunção renal, leucocitose e hemoconcentração	Reidratação. Tratamento específico: adultos <b>tetraciclina</b> 500mg VO 6/6h por 3 dias; crianças: <b>sulfametoxazol-trimetoprima</b> (50/10mg/kg/dia) VO ou IV 12/12h ou <b>eritromicina</b> (50mg/kg/ dia 6/6h) por 3 dias; gestantes <b>ampicilina</b> 500mg VO ou IV 6/6h por 3 dias. Tratamento alternativo: <b>doxiciclina</b> 300mg VO dose única ou <b>ciprofloxacina</b> 1g VO dose única
Coronavírus SARS-CoV (2 a 10 dias)	Síndrome respiratória aguda de amplo espectro, podendo evoluir para formas graves e dramáticas com síndrome da angústia respiratória do adulto. Epidemias em 2002 e 2003 na Ásia, Europa e América do Norte. Considerado fora de circulação pela OMS	Exame específico não disponível. Colher amostra de vias respiratórias para PCR apenas em casos com SRAG e indicação de internação	Evidências radiológicas de pneumonia por volta do 7º ao 10º dia de doença. Linfopenia	Suportivo, Não há tratamento específico. Avaliar necessidade de terapia intensiva e ventilação mecânica. Isolamento respiratório (gotícula). Usar máscara N95 ou cirúrgica, se N95 não disponível. Usar óculos, gorro e máscara N95 obrigatoriamente para realizar procedimentos que gerem aerossol. Notificação apenas de casos com indicação de internação (SRAG)

Coronavírus novo (2 a 10 dias)	Pneumonia grave acompanhada de insuficiência renal. Ocorre na Arábia Saudita, Catar, Jordânia, Reino Unido, Alemanha e França. Informações atualizadas sobre os casos em: <a href="http://www.who.int/csr/don">www.who.int/csr/don</a>	Exame específico não disponível. Colher amostra de vias respiratórias para PCR apenas em casos com SRAG e indicação de internação	Radiografia de tórax: infiltrado pulmonar bilateral progressivo. Evidências laboratoriais de hipoxemia e azotemia	Suportivo, Não há tratamento específico. Avaliar necessidade de terapia intensiva e ventilação mecânica. Isolamento respiratório (gotícula). Usar máscara N95 ou cirúrgica, se N95 não disponível. Usar óculos, gorro e máscara N95 obrigatoriamente para realizar procedimentos que gerem aerossol. Notificação apenas de casos com indicação de internação (SRAG)
Dengue Vírus Den 1, 2, 3 ou 4 (3 a 6 dias)	Febre com até 7 dias de duração, associada a: mialgia, cefaleia, dor retroorbitária, artralgia, exantema maculopapular com ou sem manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas - prova do laço. Podem evoluir para formas graves com choque. Embora rara, pode ocorrer encefalomielite aguda com dificuldade de deambulação, parestesia ou paralisia de membros, rigidez de nuca pode ou não estar presente; lombalgia aparecendo cerca de 10 dias após o início dos sintomas	Teste rápido para antígeno NS1 ou isolamento viral até 4º dia (resultado negativo não exclui dengue). ELISA IgM para dengue a partir do 6º dia do início dos sintomas. Em caso de suspeita de encefalite: TC encéfalo e se necessário de coluna tóraco-lombar	Leucopenia, plaquetopenia, elevação de hematócrito, hipoalbuminemia. Pode haver disfunção renal e hepática nos casos mais graves. Pode haver rebaixamento de consciência nos casos graves. Líquor similar às meningites virais	Hidratação vigorosa, sintomáticos e suporte clínico, analgesia
Doença de Chagas aguda <i>Trypanosoma cruzi</i> (3 a 22 dias)	Sintomas inespecíficos: prostração, diarreia, vômitos, cefaleia, mialgia, linfadenomegalias, manchas vermelhas na pele. Sintomas específicos: Miocardite difusa, pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco, insuficiência cardíaca, derrame pleural, anasarca, dispneia, dor torácica, hepatomegalia e/ou esplenomegalia. Meningoencefalite em casos graves	Parasitológico direto: pesquisa a fresco ou por métodos de concentração ou gota espessa de sangue periférico ou lâmina de aspirado de medula óssea. Sorologia: IFI, HI e ELISA	Leucopenia ou leucocitose discreta com desvio à esquerda e linfocitose. Em casos de transmissão oral AST e ALT estão frequentemente aumentadas, icterícia	<b>Benzonidazol:</b> adultos: 5mg/kg/dia (adultos > 60kg, deve ser calculada a dose total esperada do medicamento, estendendo-se o tempo de tratamento para além dos 60 dias); crianças 5-10mg/kg/dia VO, em 2 a 3 tomadas/dia, por 60 dias, dose máxima de 300mg/dia. <b>Nifurtimox:</b> adultos 8-10mg/kg/dia; crianças 15mg/kg/dia, VO em 3-4 tomadas/dia, por 60-90 dias

<p>Doença do sono ou tripanossomíase africana Forma aguda - tripanossomíase oriental (1 a 3 semanas) Forma crônica - tripanossomíase ocidental (meses a 1 ano)</p>	<p>Febre, cefaleia, tremores, mialgia, artralgia, linfadenopatia e perda de peso. Mais tarde surgem sintomas neurológicos graves: convulsões, sonolência e apatia progredindo para o coma. Na infecção por <i>T. brucei rhodesiense</i> a invasão do cérebro é após algumas semanas, enquanto o <i>T. brucei gambiense</i> demora cerca de 6 meses</p>	<p>Gram, cultura e pesquisa direta do parasita (aspirado de secreção de linfonodos cervicais). <b>Consultar FUNED antes do envio da amostra</b> Serviço de Doenças Parasitárias (31) 3314-4672 ou Divisão de Epidemiologia e controle de Doenças (31) 3314-4669</p>	<p>Anemia e plaquetopenia. Líquor: aumento de proteínas, glicose diminuída, celularidade pouco aumentada e podem ser observados os tripanossomas</p>	<p><b>Envolvimento do SNC</b> <i>T. rhodesiense</i>: <b>melarsoprol</b> (2-3,6 mg/kg/dia IV por 3 dias. Depois de 7 dias, 3,6 mg/kg/dia por 3 dias. Dar 3 séries de 3,6mg/kg/dia depois de 7 dias. <i>T. gambiense</i>: <b>efornitina</b>: 400mg/kg/dia em 4 doses por 14 dias. Suporte clínico, hemodinâmico, ventilatório</p>
<p><i>E. coli</i> diarreico-gênica (6 a 48 horas)</p>	<p><b>ETEC</b> (<i>E. coli</i> enterotoxigênica) produz toxinas e causa diarreia aquosa e náuseas em crianças menores de 2 anos, é a principal causa de diarreia do viajante. <b>EPEC</b> (<i>E. coli</i> enteropatogênica) causa diarreia em crianças menores de 6 meses. <b>EIEC</b> (<i>E. coli</i> enteroinvasiva) provoca diarreia muito semelhante à shigelose. <b>EAEC</b> (<i>E. coli</i> enteroagregativa) pode levar a diarreia persistente e acomete mais frequentemente imunossuprimidos</p>	<p>Coprocultura e sorotipagem</p>	<p>Leucocitose. Hipocalemia</p>	<p>Suportivo, hidratação. <b>Ciprofloxacino</b> 500mg 12/12h 3 dias (adultos), 30mg/kg/dia 12/12h (crianças); <b>azitromicina</b> 500mg 24/24h 3 dias; <b>ceftriaxona</b> pode ser usada em casos graves</p>
<p><i>E. coli</i> produtora de shiga-toxina (STEC) (diarreia: 3- 4 dias; síndrome hemolítica-urêmica - SHU: 5-14 dias)</p>	<p>Diarreia, dor abdominal e febre baixa. A diarreia pode ser hemorrágica desde o início ou evoluir para tal após 1 a 3 dias. Evolui para SHU em 6-9% dos casos, tipicamente 5-10 dias após o início da diarreia, com insuficiência renal, trombocitopenia e anemia hemolítica. A SHU apresenta mortalidade de até 3-5%. Distribuição universal. Sorotipo O157 é o mais associado a surtos; último em maio/2011 provocado pelo sorotipo O104</p>	<p>Coprocultura para identificação da <i>E. coli</i> e sorotipagem da amostra para procura do antígeno O157 ou O104</p>	<p>Leucocitose. Insuficiência renal. Plaquetopenia &lt; 150000. Anemia hemolítica</p>	<p>Suportivo e tratamento das complicações da síndrome hemolítico-urêmica. O uso de antibióticos não traz benefícios e pode aumentar o risco de SHU. Tratamento antimicrobiano apenas se sinais de sepse (evitar o uso de quinolonas em casos de sepse grave)</p>

Encefalite japonesa (6 a 16 dias)	Apenas 1% dos infectados terá sintomas. Podem surgir manifestações neurológicas, como dificuldade de equilíbrio, fraqueza muscular, alteração de comportamento, diminuição do nível de consciência (sonolência excessiva), convulsões e coma. Convulsões, geralmente tônico-clônicas, são comuns, principalmente em crianças	Isolamento viral no líquido e sangue até o 3º dia de sintomas. Sorologia sérica para flavivírus após 6º dia e com 14 dias (2ª amostra). Amostra encaminhada ao Instituto Evandro Chagas, Belém do Pará (referência nacional para arboviroses)	Líquor: límpido, aumento da celularidade com predomínio de linfócitos, glicose normal, proteínas pouco aumentadas. Sorologia no líquido (IgM por captura - ELISA) pode ser positiva no 3º dia de sintomas. Sorologia sérica pode ser positiva a partir do 6º dia. Um aumento de 4 vezes na IgG pode confirmar o diagnóstico. Trombocitopenia, anemia leve, elevação de enzimas hepáticas podem ocorrer, mas são inespecíficas	Não existe tratamento específico para a doença, mas existe vacina eficiente para prevenção, embora não esteja disponível no Brasil.
Enterovirose <i>Coxsackievirus</i> grupo A e B, <i>echovirus</i> , <i>enterovirus</i> e <i>parechovirus</i> (variável)	Os enterovírus não pólio ocorrem mais comumente em lactentes e crianças jovens. A maioria das infecções é assintomática ou causam doença febril indiferenciada com exantema e/ou enantema de formas variadas, predominando o maculopapular discreto Podem acometer a região palmo-plantar	Diagnóstico específico pode ser feito através de isolamento viral e PCR em fezes <i>in natura</i> . <b>Não colher apenas swab</b>	Diagnóstico geralmente é clínico	Sintomático. Não há tratamento específico
Eritema infeccioso <i>Parvovirus B19</i> (5 a 15 dias)	A doença começa com sintomas inespecíficos, como febre, coriza, dor de cabeça, náusea e diarreia. Dois a 5 dias depois surge exantema na região malar, com palidez perioral relativa (aparência de “bochecha esbofetada”), seguido de exantema maculopapular reticulado no tronco e extremidades. Outras formas de exantema podem ocorrer. O recrudescimento da erupção pode ocorrer após exposição ao sol, exercício ou estresse emocional. Adultos podem apresentar poliartalgia. Portadores de doenças hematológicas como anemia falciforme podem apresentar crises aplásicas	Sorologia IgM e IgG ELISA. Exames disponíveis na FUNED como diagnóstico diferencial, mediante solicitação da Secretaria de Estado da Saúde	Anemia, redução de reticulócitos no sangue periférico. Leucopenia com eosinofilia ocasional	Sintomático. Não há tratamento específico

Escarlatina Estreptococo do grupo A (2 a 7 dias)	Quadro agudo de febre baixa, faringoamigdalite exsudativa, linfadenomegalia cervical anterior, petéquias em palato, úvula edemaciada, exantema e sintomas gerais como cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos. Mais comum entre 5-15 anos de idade. O exantema é difuso, maculopapular e se assemelha a lixa pela hipertrofia de folículos pilosos (exantema escarlatiforme), mais acentuado nas pregas cutâneas. É acompanhado por palidez perioral e língua em framboesa. É seguido por descamação fina na segunda ou terceira semanas, que começa na face e pescoço e evolui para tronco e membros. Mãos e pés são os últimos a descamar e de forma mais intensa. Menores de 3 anos cursam com sintomas inespecíficos como coriza, congestão nasal, hiporexia e febre baixa	Gram e cultura de secreção amigdaliana. Hemograma ( <b>exames não disponíveis na FUNED</b> )	Leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, eosinofilia	<b>Penicilina benzatina</b> 600.00 UI (<25 kg peso) e 1,2 MUI (>25 kg peso) IM em dose única, ou <b>amoxicilina</b> 500 mg VO 8/8 horas (crianças 50mg/kg/dia VO 8/8h), ou <b>penicilina V</b> 500 mg VO 8/8 horas (crianças 25-50mg/kg/dia 8/8h dose máxima 3g/dia) por 10 dias. Pacientes alérgicos a penicilina: <b>eritromicina</b> 500 mg VO 8/8 horas (crianças 50mg/kg/dia), ou <b>clindamicina</b> VO 300g 6/6h (crianças 20-30 mg/kg/dia 8/8h dose máxima 300 mg/dose)
Exantema súbito <i>Herpesvirus</i> humano 6 ou 7 (5 a 10 dias)	Acomete principalmente lactentes, caracterizada por três a cinco dias de febre alta que se resolve abruptamente e é seguida pelo desenvolvimento de exantema maculopapular generalizado que se propaga a partir do tronco para as extremidades, mas poupa o rosto	Diagnóstico laboratorial específico não é feito normalmente ( <b>exames não disponíveis na FUNED</b> )	Leucocitose com neutrofilia nos 2 primeiros dias, seguida de leucopenia, linfocitose e monocitose	Sintomático. Não há tratamento específico
Febre amarela Vírus da febre amarela (3 a 6 dias)	Evolução bifásica, inicialmente apresenta febre alta, dissociação pulso-temperatura (bradicardia relativa), mal-estar geral, cefaleia, fotofobia e mialgia com remissão em 3-4 dias. Pode evoluir para cura ou formas graves (segunda fase), com diarreia, vômitos borráceos, insuficiência renal e hepática	ELISA, MAC-ELISA e isolamento viral. A imunohistoquímica é encaminhada do Instituto Evandro Chagas (Belém do Pará)	Leucopenia, elevação de transaminases, icterícia. Em casos graves evidências de insuficiência ou falência hepática, renal e cardiovascular em casos graves	Internação, suporte clínico e tratamento sintomático
Febre de Saint Louis (5 a 15 dias)	A maioria das infecções é assintomática. Em cerca de 1% dos casos há variação entre quadros brandos com febre e sintomas inespecíficos até quadros graves como meningite e encefalite. Pacientes mais velhos têm risco aumentado para infecções mais graves. Tremores de pálpebras, língua, lábios e extremidades podem sugerir febre de Saint Louis de acordo com dados epidemiológicos	Isolamento viral no líquido e sangue até o 3º dia. Sorologia sérica para flavivírus após 6º dia e após 14 dias (2ª amostra). Amostra encaminhada ao Instituto Evandro Chagas (referência nacional para arboviroses)	Sorologia IgM específica no líquido ou no sangue. TC encéfalo normal. Líquor: aumento moderado da celularidade com predomínio de linfócitos, proteína elevada em 2/3 dos casos	Não há tratamento específico ou vacina

Febre do Nilo ocidental (3 a 14 dias)	Assintomática na maioria dos casos (80%), mas pode-se desenvolver uma forma branda com febre, cefaleia, náusea, vômitos, mialgia, dor ocular, exantema maculopapular e linfadenomegalia. Na minoria dos casos têm-se uma forma grave com cefaleia, febre alta, rigidez de nuca, desorientação, coma, tremores e convulsão. A associação de paralisia flácida e encefalite reforça a hipótese diagnóstica de febre do Nilo ocidental. O vírus é comumente encontrado na África, Ásia Ocidental, Oriente Médio, Europa e, mais recentemente na América do Norte, Central e do Sul, onde foi registrada em animais na Colômbia, Venezuela e Argentina	Isolamento viral (líquor/soro) até 3º dia. Sorologia IgM (líquor e soro) a partir do 6º dia (1ª amostra) e 15 a 21 dias (2ª amostra) a partir do início dos sintomas. Amostra encaminhada ao Instituto Evandro Chagas, Belém do Pará (referência nacional para arboviroses)	Anemia e linfocitopenia. TC encéfalo: normal; em um terço dos pacientes. RNM: aumento das leptomeninges e/ou da área periventricular	Sem tratamento específico. Suporte clínico, hemodinâmico, ventilatório
Febre Maculosa <i>Rickettsia rickettsii</i> (2 a 14 dias)	Início abrupto de febre, cefaleia, mialgia intensa, náuseas e vômitos. Entre o 2ª e o 6º dia surge o exantema maculopapular, centrípeto, predominando nos membros inferiores, podendo acometer palmas das mãos e plantas dos pés. O exantema pode evoluir para petequial ou hemorrágico. Nos casos graves pode ocorrer: edema de membros inferiores, diarreia, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, oligúria, tosse, edema pulmonar, pneumonia intersticial, déficit neurológico, meningite ou meningoencefalite e hemorragias	Reação de imunofluorescência indireta (IFI). Coletar a 1ª amostra entre o 7º e o 10º dia de doença e a 2ª amostra após 2 semanas. É considerado positivo o aumento de 4 vezes do título na 2ª amostra ou títulos > 1:64, em uma única amostra. Pesquisa direta da <i>Rickettsia</i> por histopatologia/ imunohistoquímica (apenas casos de óbito) ou PCR. Cultura positiva para <i>Rickettsia</i> em sangue, fragmentos de tecidos ou órgãos	Pode ocorrer leucopenia ou leucocitose (com ou sem desvio a esquerda), plaquetopenia e anemia. Azotemia pré-renal, CPK, desidrogenase láctica, transaminases e bilirrubinas estão geralmente aumentadas	Adultos: <b>doxiciclina</b> 100mg, VO de 12/12h ou <b>cloranfenicol</b> 500mg, VO 6/6h, mantido até 3 dias após o término da febre. Casos graves: <b>cloranfenicol</b> 1g IV, 6/6h, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais 7 dias, na dose de 500mg, VO de 6/6h. Crianças: <b>cloranfenicol</b> 50 a 100 mg/kg/dia, de 6/6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2g por dia, VO ou IV. <b>Doxiciclina</b> : peso menor que 45kg: 4mg/kg/dia, divididos em duas doses

<p>Febres hemorrágicas - África Subsaariana Febre Lassa, Ebola, Marburg, Febre hemorrágica do Congo e da Criméia, Febre do Vale Rift. (6 a 21 dias)</p>	<p>Febre, mal-estar e mialgia de início abrupto prostração, náusea, vômito, diarreia, dissociação pulso-temperatura, letargia e hipotensão. Na febre Marburg faringite com sensação de “bolo na garganta” é comum. Sinais de coagulopatia geralmente estão restritos a hemorragia conjuntival e em locais de punção. Sangramentos volumosos podem ser observados em pacientes terminais, como hematórias e hemorragias digestivas. Doenças altamente letais (80-90%). Notifique à saúde pública imediatamente se houver suspeita de Ebola. Consulte também a Tabela de bioterrorismo (Ebola como um agente de bioterrorismo)</p>	<p>ELISA IgM, PCR (<b>exames feitos após consulta e autorização prévias da FUNED</b>)</p>	<p>Leucopenia (&lt;1000 cels/mm<sup>3</sup>), com desvio à esquerda e presença de linfócitos atípicos. Plaquetopenia, disfunção hepática com elevação de AST, ALT e além de distúrbios de coagulação. Hipoalbuminemia</p>	<p>Suporte clínico com isolamento de contato e respiratório (gotícula) em quarto individual. Uso rigoroso de EPI's: luvas e capote impermeáveis, proteção da face/olhos com máscaras, óculos ou protetores faciais. Use N95 ou respiradores superiores ao realizar procedimentos geradores de aerossol. Precauções adicionais devem ser adotadas no estágio final da doença, devido à maior carga viral, quando a hemorragia pode ocorrer; incluindo luvas duplas, revestimento para perna e sapatos, especialmente em ambientes de recursos limitados onde opções de limpeza e lavanderia são limitadas</p>
<p>Febres hemorrágicas - América ao Sul Junin, Machupo, Guanarito e Sabiá (10 a 14 dias)</p>	<p>Doença febril de início insidioso com mal estar, mialgia, dor epigástrica e retro-orbitária, fotofobia e constipação. Após 4-5 dias, a doença se agrava com síndrome vascular, doença neurológica e hepatite. Nesta fase, o paciente apresenta-se com prostração extrema, dor abdominal, hiperemia conjuntival, rubor em face e tronco, hipotensão ortostática, hemorragia petequial, conjuntival e de mucosas, hematúria, vesículas em palato, linfadenopatia generalizada e encefalite</p>	<p>IFI, Mac-ELISA IgM. RT-PCR e imunohistoquímica. (<b>exames feitos após consulta e autorização prévias da FUNED</b>)</p>	<p>Elevação do hematócrito, leucopenia com linfocitopenia e trombocitopenia</p>	<p>Suporte clínico. O tratamento dos pacientes deve ser realizado em condição de isolamento respiratório</p>
<p>Febre purpúrica brasileira <i>Haemophilus influenzae</i> biogrupo <i>aegyptius</i> (7 a 16 dias)</p>	<p>Apresenta-se sob forma de surtos, atingindo crianças após conjuntivite. Início com febre alta (acima de 38,5°C), taquicardia, erupção cutânea macular difusa, tipo petéquias, púrpuras e outras sufusões hemorrágicas e hipotensão. Podem ocorrer manifestações digestivas como náuseas, vômitos, dor abdominal, enterorragias e diarreia, oligúria e anúria, agitação, sonolência, cefaleia e convulsão, choque séptico e coagulação intravascular disseminada (CIVD), cuja letalidade varia de 40% a 90%</p>	<p>Cultura de sangue, material da conjuntiva, do líquor e de raspado de lesão de pele devem ser feitos no laboratório local. Encaminhar para FUNED isolados de <i>Haemophilus sp.</i> para confirmação e sorotipagem. Locais sem recursos locais, utilizar kit de meningites da FUNED</p>	<p>Plaquetopenia, leucopenia com linfocitose ou leucocitose com linfopenia. Azotemia, disfunção orgânica múltipla nos casos graves com CIVD</p>	<p><b>Ampicilina</b> 200mg/kg/dia IV 6/6h; ou <b>amoxicilina</b> 50mg/kg/dia VO 8/8h; ou <b>cloranfenicol</b> IV 100mg/kg/dia 6/6 h, por 7 dias. Todos os casos devem ser internados. Avaliar a necessidade de terapia intensiva. Usar hidrocortisona em caso de CIVD sem choque séptico</p>

<p>Febre tifóide <i>Salmonella typhi</i> (1 a 3 semanas)</p>	<p>Febre alta, cefaleia, mal-estar geral, hiporexia, bradicardia relativa (dissociação pulso-temperatura), hepatoesplenomegalia, artralgias e mialgia, manchas rosadas no tronco (roséola tífica - rara) diarreia, obstipação intestinal ou diarreia, tosse seca, além de apresentações mais raras como psicose aguda, mielite, meningite e cerebrite. Distribuição universal em áreas de saneamento básico precário. Áreas de risco: Ásia, África, Américas Central e do Sul (incluindo Brasil)</p>	<p>Hemocultura, mielocultura e coprocultura. Isolados de <i>Salmonella</i> serão enviados à Referência Nacional para complementação da identificação e tipagem</p>	<p>Anemia e leucopenia ou leucocitose, por vezes elevação de CK e transaminases, principalmente enzimas canaliculares. Em casos graves pode ocorrer icterícia e disfunção orgânica secundária a sepsé</p>	<p>Suporte clínico. Primeira escolha; <b>cloranfenicol</b> 50mg/kg/dia VO 6/6h até 4g/dia em adultos e até 3g/dia em crianças 15 dias após o desaparecimento da febre, no máximo 21 dias. Segunda escolha: <b>ciprofloxacina</b> 500 mg (crianças 20-30mg/kg/dia) VO 12/12h por 14 dias; ou <b>ampicilina</b> 1-1,5g (crianças 100mg/kg/dia) VO ou IV 6/6h 14 dias; ou <b>sulfametoxazol-trimetoprima</b> 800/160mg (crianças 30-50mg de sulfa kg/dia) VO 12/12h por 14 dias; <b>amoxicilina</b> 1g (crianças 100mg/kg/dia) VO 8/8h por 14 dias; <b>ceftriaxona</b>: adultos: 2-3g/dose de 24/24h, IV; crianças: 100mg/kg de 24/24h IV, máximo de 4g por dia, por 14 dias</p>
<p>Hantavirose <i>Hantavirus</i> (2 a 3 semanas)</p>	<p>Síndrome cardiopulmonar: febre, tosse seca, mialgia, dor abdominal, náusea, vômito, astenia, seguido de insuficiência respiratória aguda e choque circulatório. Síndrome renal: febre, cefaleia, mialgia, dor abdominal, náuseas, vômitos, rubor facial, petéquias e hemorragia conjuntival. Seguem-se hipotensão, taquicardia, oligúria e hemorragias severas, com evolução para poliúria que antecipa o início da recuperação</p>	<p>ELISA-IgM e IgG, PCR, imunohistoquímica</p>	<p>Hemoconcentração (hematócrito &gt; 45%), trombocitopenia (plaquetas &lt; 150 mil cés/mm<sup>3</sup>), leucocitose (&gt;12 mil céls/mm<sup>3</sup>) com neutrofilia acentuada e desvio à esquerda e linfopenia relativa com presença de linfócitos atípicos. Distúrbios de coagulação, transaminases elevadas, sinais de insuficiência hepática e renal</p>	<p>Suporte clínico para manutenção das funções vitais, com ênfase na oxigenação e monitoramento rigoroso do paciente desde o início do quadro respiratório, inclusive com uso de ventilação assistida, além de extremo cuidado na sobrecarga hídrica para evitar-se edema agudo de pulmão</p>
<p>Hepatites virais agudas HAV (15- 50 dias) HBV (30-180 dias) HCV (15-150 dias) HEV (14-60 dias)</p>	<p>Variável. Classicamente febre, icterícia, colúria e acolia. No caso da hepatite A os sintomas são acompanhados de diarreia. Hepatite fulminante: comprometimento agudo da função hepatocelular, com prejuízo na produção dos fatores da coagulação e presença de encefalopatia hepática no período de até 8 semanas após o início da icterícia</p>	<p>Anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HCV e anti-HEV IgM. No caso de hepatite E, a FUNED encaminhará a amostra ao laboratório de referência nacional</p>	<p>Leucopenia, transaminases 25-100x acima do normal, bilirrubinas 20-25x acima do normal, elevam-se após as transaminases, fosfatase alcalina pouco se altera, elevação discreta de GGT</p>	<p>Não existe tratamento específico para as formas agudas. Se necessário, apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Repouso relativo até normalização das transaminases. Ajustar dieta de acordo com apetite e aceitação.</p>

<p>Influenza ou gripe Vírus influenza (1 a 4 dias)</p>	<p><b>Sazonal.</b> Infecção aguda das vias aéreas. Além dos sintomas gripais, pode apresentar diarreia, vômito, fadiga, prostração, rinorreia, rouquidão e hiperemia conjuntival. Distribuição mundial, principalmente em meses frios (outono e inverno). <b>H1N1 (gripe suína).</b> Infecção aguda das vias aéreas. Além dos sintomas gripais, pode apresentar diarreia, vômito, fadiga, prostração, rinorreia, rouquidão e hiperemia conjuntival. Pandêmico em 2010. Distribuição mundial, principalmente em meses frios (outono e inverno). <b>H3N2v (variante).</b> Infecção aguda das vias aéreas. Além dos sintomas gripais, pode apresentar diarreia, vômito, fadiga, prostração, rinorreia, rouquidão e hiperemia conjuntival. Detectado nos Estados Unidos desde agosto 2011. Usualmente, não há transmissão inter-humana e está relacionada à exposição a suínos. <b>H5N1 (gripe aviária).</b> Febre e tosse, pode progredir rapidamente para pneumonia viral grave com dispneia, hipoxemia e insuficiência respiratória aguda, podendo ainda evoluir para síndrome da angústia respiratória do adulto, falência de múltiplos órgãos e morte. Bangladesh, China, Egito, Índia, Indonésia e Vietnã. Surto menos virulentos na América do Norte já foram reportados. Considerado fora de circulação pela OMS. <b>H7N9 (nova gripe aviária).</b> Febre alta, tosse sintomas de infecção do trato respiratório. Depois de 5 a 7 dias desenvolveram pneumonia grave, progredindo rapidamente para síndrome da angústia respiratória do adulto. Mais de 100 casos descritos na China, com letalidade de aproximadamente 20%. Casos detectados a partir de abril de 2013 na China. Informações atualizadas sobre os casos em: <a href="http://www.who.int/csr/don">www.who.int/csr/don</a></p>	<p>Colher amostra de vias respiratórias para PCR apenas em casos com SRAG e indicação de internação</p>	<p>Variável.</p>	<p>Suportivo associado ao oseltamivir. Não usar ácido acetilsalicílico em pacientes com 19 anos ou menos, devido ao risco de síndrome de Reye. Manter SpO2 &gt; 90%, avaliar necessidade de leito de terapia intensiva e ventilação mecânica. Isolamento respiratório (gotícula), preferencialmente em quarto privativo ou em coorte. O paciente deverá usar máscara cirúrgica para sair do quarto. Usar óculos, gorro e máscara N95 obrigatoriamente para realizar procedimentos que gerem aerossol, em seguida manter o paciente em isolamento respiratório. Tratamento com <b>oseltamivir</b> por 5 dias nas seguintes doses: - &lt; 3 meses 12mg 12/12h; - 3-5 meses: 20mg 12/12h; - 6-11 meses: 25mg 12/12h; - crianças 1-12 anos: &lt;15kg 30mg 12/12h, 15-23kg: 45mg 12/12h, 23-40kg: 60mg 12/12h, &gt;40kg: 75mg 12/12h; - adultos 75mg 12/12h. Notificação apenas de casos com indicação de internação (SRAG)</p>
----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Intoxicações exógenas (<1 a 8 horas)	Ação química direta ou ação de aminas biogênicas presentes no alimento tóxico. Mais comuns: intoxicações por metais pesados, agrotóxicos, fungos silvestres, plantas e animais tóxicos. Início agudo de vômitos com ou sem diarreia. Distribuição universal	Detecção de toxinas e íons metálicos em alimentos suspeitos. <b>Encaminhar alimentos para FUNED</b>	Variável	Suportivo, hidratação. Anti-histamínicos podem ser utilizados para aliviar os sintomas nas intoxicações por peixes. Nas intoxicações por metais pesados pode-se realizar a lavagem gástrica e <b>carvão ativado</b> (dose de ataque 50g e manutenção 25g 6/6 horas. Crianças 1g/kg)
Leishmaniose visceral <i>Leishmania chagasi</i> , <i>L. donovani</i> , <i>L. infantum</i> (10 dias a 24 meses)	Forma clássica se caracteriza pela tríade: febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Período inicial: febre, palidez cutâneo-mucosa e hepatoesplenomegalia. Período intermediário: febre irregular, emagrecimento progressivo, palidez e aumento da hepatoesplenomegalia. Período final: febre contínua e comprometimento mais intenso do estado geral, hemorragias, icterícia, ascite e infecções bacterianas	Imunofluorescência indireta (IFI). Teste rápido RK39. <b>Não disponíveis na FUNED:</b> pesquisa direta e cultura de aspirado de medula óssea, linfonodo ou esplênico (pouco utilizado devido ao alto percentual de complicações)	Leucopenia, anemia e plaquetopenia, hiperglobulinemia, hipoalbuminemia, icterícia, disfunção hepática com distúrbio de coagulação	<b>Casos leves: antimoniatto N-metilglucamina</b> 20mg/kg/dia de Sb+5 IV ou IM, durante 20 dias, podendo chegar a 30 dias e, no máximo, 40 dias, utilizando o limite máximo de 3 ampolas/dia. 1,5g do antimoniatto bruto = 405mg de Sb+5. <b>Casos graves: anfotericina B desoxicolato</b> 1mg/kg/dia durante 14 dias consecutivos; ou <b>anfotericina B lipossomal</b> 3mg/kg/dia, por 7 dias ou 4mg/kg/dia, por 5 dias
Leptospirose <i>Leptospira interrogans</i> (1 a 28 dias)	Fase precoce: Febre de início abrupto, cefaleia, mialgia, exantema ocorre em 10 a 20% dos casos. Autolimitada e regride em 3-7 dias. Fase tardia: Ocorre em 15% dos infectados, início após a primeira semana da doença, conhecida como síndrome de Weill (tríade: icterícia rubínica, insuficiência renal aguda e hemorragias, mais comumente pulmonar). Manifestações atípicas: miocardite, pancreatite e distúrbios neurológicos	ELISA IgM, Colher 2 amostras com intervalo mínimo de 2 semanas. Soroconversão na micro ou macroaglutinação (MAT) com título $\geq 200$ ou aumento de 4 vezes ou mais da titulação inicial. Título $\geq 800$ na MAT em uma amostra confirma o diagnóstico	Leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda plaquetopenia, icterícia, azotemia, hipocalemia, creatinoquinase (CPK) elevada, transaminases normais ou 3-5 vezes o valor de referência, acidose metabólica, hematúria, baixa densidade urinária	Fase precoce: <b>amoxicilina</b> : adultos amoxicilina 500mg VO 8/8h (5-7 dias) e crianças 50mg/kg/dia VO 6/6h (5-7 dias); ou <b>doxiciclina</b> 100mg VO 12/12h (5-7dias). Azitromicina e claritromicina são alternativas. Fase tardia (tratar por pelo menos 7 dias): <b>ceftriaxona</b> : adultos 1-2g IV 24/24h e crianças 80-100mg/kg/dia, em 1-2 doses; ou <b>cefotaxima</b> : adultos 1g IV 6/6h e crianças 50-100 mg/kg/dia, em 2-4 doses; ou <b>penicilina G cristalina</b> : adultos 1,5 milhões UI IV 6/6h e crianças 50-100.000 UI/kg/dia IV, em 4-6 doses; ou <b>ampicilina</b> : adultos 1g IV 6/6h e crianças 50-100mg/kg/dia IV, em 4 doses

<p>Malária <i>P. falciparum</i> (8 a 12 dias) <i>P. vivax</i> (13 a 7 dias) <i>P. malariae</i> (18 a 30 dias) <i>P. ovale</i> (15 dias)</p>	<p>Malária não-complicada: Prostração, febre alta, calafrios, mialgia, cefaleia, náuseas e vômitos, icterícia leve a moderada (sinal de alerta para complicações), hepatoesplenomegalia. Malária complicada: falências orgânicas cursando com rebaixamento de consciência, convulsões, icterícia, hemoglobinúria, oligúria e insuficiência renal e/ou hepática. Anemia grave, hemorragias, hipotensão arterial ou choque, dispneia e edema pulmonar. A malária cerebral é uma encefalopatia difusa potencialmente reversível cursando com rebaixamento de consciência, convulsões e delírio. A síndrome neurológica pós-malária pode ocorrer dias ou semanas após recuperação completa dos sintomas e se apresentar com alteração do nível de consciência, febre, psicose, mioclonias, afasia e cefaleia e ataxia cerebelar</p>	<p>Gota espessa. Teste rápido. Em caso de suspeita de malária cerebral: TC encéfalo; punção lombar com exame bioquímico, Gram e cultura</p>	<p>Anemia moderada a grave, elevação das transaminases, trombocitopenia, ureia e creatinina. Coagulopatia, hipoglicemia, acidose metabólica, insuficiência renal, hiperlactatemia e hiperparasitemia Líquor: habitualmente normal. Pode haver aumento leve de proteínas (&lt;200) e de celularidade (&lt;50) com predomínio de linfócitos. TC encéfalo em geral sem alterações</p>	<p>Conforme protocolo de malária. Suporte clínico. Entrar em contato com CIEVS-MINAS (31) 3235-5976 ou 9744-6983 ou com Gerência Regional de Saúde de sua região</p>
<p>Meningites bacterianas (2 a 10 dias)</p>	<p>Febre, cefaleia intensa, rigidez de nuca, náuseas, vômitos e prostração, alteração do nível de consciência, sinais de Kernig e Brudzinsky</p>	<p>Gram (líquor), cultura e látex (líquor ou sangue periférico). Envio das amostras dos casos suspeitos no kit meningite para a FUNED (líquor, sangue e soro). Podem ser encaminhadas as cepas de <i>N. meningitidis</i>, <i>S. pneumoniae</i> e <i>H. influenzae</i> para confirmação da identificação e sorotipagem</p>	<p>Líquor: turvo, cor leitosa ou xantocrômica, glicose diminuída, proteínas elevadas e celularidade muito aumentada &gt;200 (predomínio de neutrófilos). Microscopia ao Gram: diplococos Gram negativos, BGN, CGP ou BGP. Cultura com crescimento de bactérias. Látex positivo para <i>S. pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i> ou <i>N. meningitidis</i></p>	<p>Esquema de tratamento de acordo com faixa etária: - &lt; 2 meses: <b>ampicilina+ aminoglicosídeo</b> ou <b>ampicilina + cefalosporina 3ª geração</b> (ceftriaxona ou cefotaxima); - 2 meses a 5 anos: <b>ampicilina + cloranfenicol</b> ou <b>ceftriaxona</b>; - &gt; 5anos: <b>ceftriaxona</b> 100mg/kg/dia (até 4g/dia); - adultos até 50 anos: <b>ceftriaxona</b> 2 g -V 12/12 horas por 7 a 10 dias. - &gt;50 anos <b>ampicilina + ceftriaxona</b></p>
<p>Meningites virais (3 a 10 dias)</p>	<p>Similar à meningite bacteriana. Sintomas de vias aéreas superiores, gastrointestinais e erupção cutânea podem estar presentes</p>	<p>Líquor: bioquímica, Gram e cultura. Pode ser solicitada PCR para herpes simples ou enterovírus (líquor ou fezes). Exames encaminhados para laboratório de referência</p>	<p>Líquor: límpido, incolor, glicose normal, proteínas pouco elevadas e celularidade pouco aumentada: 5-500 (predomínio de linfócitos). Microscopia ao Gram e cultura negativas</p>	<p>Suporte clínico, hemodinâmico, ventilatório. Na suspeita de meningoencefalite herpética: <b>aciclovir</b> 10mg/kg IV 8/8 h</p>

<p>Meningococemia (sem meningite) <i>Neisseria meningitidis</i> (2 a 10 dias)</p>	<p>Início súbito com evolução rápida de febre, prostração, exantema petequial /purpúrico, secundário a bacteremia, que evolui sepse grave com sinais de choque com hipotensão, CIVD, hemorragias agudas, falência de suprarenal e de múltiplos órgãos</p>	<p>Hemocultura, cultura do líquido, de raspados de lesões petequiais, aglutinação em látex</p>	<p>Leucocitose e hiperlactatemia, acidose metabólica, coagulopatia, insuficiência renal, proteína C reativa elevada</p>	<p>Isolamento (gotículas) em quarto privativo durante as primeiras 24h da antibioticoterapia. Suporte clínico. <b>Penicilina G cristalina</b> 300 a 500.000 UI/kg/dia (até 24 milhões/dia) 4/4h; ou <b>ceftriaxona</b> 2g (crianças 100mg/kg/dia) IV de 12/12h (até 4 g/dia); ou <b>cloranfenicol</b> 100 mg/kg por dia IV 6/6 h (até de 4 g/dia). Duração de 7 a 10 dias. Avaliar quimioprofilaxia dos contatos (consultar protocolo específico)</p>
<p>Peste <i>Yersinia pestis</i> Peste bubônica (2 a 6 dias) Peste pneumônica (1 a 3 dias)</p>	<p><b>Peste bubônica:</b> cefaleia, febre, fadiga, dores generalizadas, mialgia, anorexia, náuseas, vômitos, confusão mental, congestão conjuntival, pulso rápido e irregular, taquicardia, hipotensão arterial, prostração e mal-estar geral. No <b>2º ou 3º dia de doença surge inflamação aguda e dolorosa dos linfonodos da região relacionada ao ponto de entrada da <i>Y. pestis</i> (bubão pestoso)</b>, podendo evoluir para fistulização. <b>Peste pneumônica:</b> quadro infeccioso grave, de evolução rápida, com abrupta elevação térmica, aparecimento de ínguas, calafrios, arritmias, hipotensão, náuseas, vômitos, astenia e obnubilação mental. Evolui com dor torácica, taquidispneia, cianose, expectoração mucopurulenta ou sanguinolenta. <b>Forma septicêmica:</b> não apresenta linfadenopatias visíveis. O início é fulminante, com febre elevada, pulso rápido, hipotensão arterial, grande prostração, dispneia, fácies de estupor, dificuldade de falar e hemorragias cutâneas, às vezes serosas e mucosas e até nos órgãos internos. De modo geral, aparece na fase terminal da peste bubônica não tratada</p>	<p>Hemaglutinação ou inibição da hemaglutinação. A primeira amostra deve ser colhida até o 5º dia a partir do início dos sintomas e a segunda amostra a partir do 15º dia</p>	<p>Leucocitose, geralmente entre 10.000 e 20.000 céls/mm<sup>3</sup>, com predominância de neutrófilos e diminuição de eosinófilos. Pacientes graves podem apresentar leucocitose mais intensa e, eventualmente, reação leucemóide, com leucócitos &gt; 100.000. O esfregaço de sangue periférico pode indicar presença de vacúolos citoplasmáticos e corpos de Döhle, característicos de infecções bacterianas agudas. Bilirrubinas e transaminases podem estar elevadas</p>	<p>Isolamento de todos os casos suspeitos e contatos (respiratório/aerossol nas formas pulmonares). <b>Estreptomicina</b> 30mg/kg/dia (não ultrapassando o total de 2g/dia), por via intramuscular, durante 10 dias ou até 3 dias após a regressão completa da febre. <b>Cloranfenicol</b> 50mg/kg/dia, dividida em 4 tomadas diárias durante 10 dias. <b>Tetraciclinas</b> (formas não complicadas) 15 mg/kg (não exceder 1g total) e continuar com 25-50 mg/kg/dia (não ultrapassar 2g/dia) por 10 dias. Podem combinadas com outros antibióticos</p>

<p>Rubéola <i>Togavirus</i> (2 a 3 semanas)</p>	<p>Doença aguda, de alta contagiosidade, acometendo principalmente crianças. Febre baixa, linfadenopatia retro-auricular, occipital e cervical posterior, geralmente antecedendo ao exantema no período de 5 a 10 dias, podendo perdurar por algumas semanas. Exantema maculopapular e puntiforme difuso, inicialmente em face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e membros. Adolescentes e adultos podem apresentar um período prodrômico com febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse. A síndrome da rubéola congênita (SRC) ocorre quando a infecção é adquirida durante a gestação. Está relacionada ao risco de abortos, natimortos, e malformações congênitas, como cardiopatias, catarata e surdez</p>	<p>Sorologia IgM e IgG ELISA, 1ª amostra preferencialmente até 28 dias de sintomas. Isolamento viral e PCR: secreção de naso-orofaríngea e urina. As amostras para isolamento viral e PCR somente serão coletadas quando orientado pela Vigilância Epidemiológica</p>	<p>Leucopenia e plasmocitose</p>	<p>Sintomático. Não há tratamento específico. Em ambiente hospitalar: isolamento respiratório (gotícula) por 7 dias. <b>Na SRC o isolamento deve ser estendido por 1 ano.</b> Evitar contato com gestantes susceptíveis</p>
<p>Salmonela não-<i>Typhi</i> (8 a 72 horas)</p>	<p>Náuseas, vômitos, febre, diarreia inflamatória e dor abdominal. Pode haver bacteremia em até 5% dos pacientes</p>	<p>Coprocultura e sorotipagem</p>	<p>Leucocitose. Pesquisa de leucócitos fecais positiva</p>	<p>Tratar os casos mais graves ou em imunossuprimidos. <b>ciprofloxacina</b> 500mg 12/12h; (adultos), 30mg/kg/dia 12/12h (crianças); <b>sulfametoxazol-trimetoprima</b> 800/160mg 12/12h (crianças 40/8mg/kg/dia 12/12h (crianças); <b>amoxicilina</b> 500mg 8/8h (crianças 50mg/kg/dia 8/8h); <b>ceftriaxona</b> 1-2g/dia IV (crianças 100mg/kg/dia) 3-7 dias</p>

<p>Sarampo <i>Mixovirus</i> (10 a 18 dias)</p>	<p>Doença aguda grave, extremamente contagiosa. Fases da doença: - <b>período de infecção:</b> dura cerca de 7 dias, com febre acima de 38,5°C, tosse produtiva, coriza, conjuntivite e fotofobia. Manchas de Koplik podem estar presentes (pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa jugal, antecedendo o exantema, patognômicas). Do 2° ao 4° dia, surge o exantema maculopapular generalizado de coloração vermelha, retroauricular, com disseminação crânio-caudal e se acentuam os sintomas iniciais com prostração. É durante o período exantemático que, geralmente, se instalam as complicações sistêmicas; - <b>remissão:</b> diminuição dos sintomas e declínio da febre. O exantema torna-se escurecido e, em alguns casos, surge descamação fina furfurácea; - <b>período toxêmico:</b> persistência da febre por mais de 3 dias, após o aparecimento do exantema, é um sinal de alerta, indicando o aparecimento de complicações (principalmente infecções respiratórias; otites; doenças diarreicas e neurológicas em crianças desnutridas e menores de 1 ano de idade). Epidemiologia: principalmente países da África, União Europeia (especialmente Espanha, França, Itália, Reino Unido, Romênia), Ucrânia, Rússia, Índia, Indonésia, China, Filipinas, Tailândia, Indonésia, Sudão, Afeganistão, Líbia</p>	<p>Sorologia IgM e IgG ELISA. Isolamento viral: urina e/ou secreção nasoro-faríngea <b>NOTA: as amostras para isolamento viral e PCR somente serão coletadas quando orientado pela Vigilância Epidemiológica</b></p>	<p>Leucopenia e trombocitose. Leucocitose pode ocorrer em caso de infecção bacteriana secundária. Proteinúria é frequentemente observada</p>	<p>Sintomático. Suplementação de vitamina A. Avaliar tratamento de infecção bacteriana secundária. Vacinação de bloqueio até 72 horas após exposição de susceptíveis entre de 6 meses e 39 anos de idade. Imunoglobulina em casos selecionados (gestantes, imunocomprometidos, &lt; 6 meses) até 6 dias após a exposição</p>
<p>Shigelose (12 a 96 horas)</p>	<p>Diarréia inflamatória com muco e/ou sangue, dor abdominal, tenesmo, náuseas, vômitos e febre. Pode evoluir com complicações intestinais, bacteremia, reação leucemóide, crises convulsivas, artrite reativa e SHU. Duração média de 7 dias se não tratada</p>	<p>Coprocultura e sorotipagem</p>	<p>Pesquisa de leucócitos fecais positiva. Leucocitose</p>	<p>Tratar os casos mais graves, imunossuprimidos ou se internação. <b>Ciprofloxacina</b> 500mg 12/12h; ou <b>azitromicina</b> 500mg 24/24h por 3dias; ou <b>sulfametoxazol-trimetoprima</b> 800/160mg (crianças 40/8mg/kg/dia) 12/12h; ou <b>ceftriaxona</b> 1-2g/dia IV por 5 dias. Se provável contágio na Ásia, usar <b>ceftriaxona</b> devido ao risco de resistência</p>

<p>Tularemia <i>Francisella tularensis</i> (3 a 5 dias)</p>	<p>Febre, linfadenopatia regional, fadiga, diarreia, lesões cutâneas e vesicopapulares. <b>Forma úlcero-linfonodal:</b> úlcera no local de entrada da bactéria, associada à linfadenomegalia satélite, geralmente cubital ou axilar. <b>Forma linfonodal</b> semelhante à forma úlcero-linfonodal, mas sem a úlcera. <b>Forma óculo-linfonodal:</b> irritação dos olhos e linfadenomegalia pré-auricular. <b>Forma orofaríngea:</b> dor de garganta, odinofagia, úlceras orais, amigdalite e linfadenomegalia cervical. <b>Forma pneumônica:</b> é a forma mais grave da tularemia. Os sintomas incluem tosse, dor torácica e dispneia. <b>Outras apresentações:</b> forma intestinal (dor abdominal, vômitos e diarreia) e a tifoide-símile (doença febril sem sinais e sintomas localizados)</p>	<p>Cultura (secreção lesão, sangue, aspirado faríngeo ou gástrico e escarro), imunofluorescência direta, imunohistoquímica ou PCR. Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas (31) 3314-4666 e 3314-4667 ou Divisão de Epidemiologia e controle de Doenças (31) 3314-4669</p>	<p>Leucocitose e VHS elevado. Trombocitopenia, hiponatremia, elevação de transaminases e CK, mioglobinúria e piúria estéril são observadas ocasionalmente.</p>	<p>Isolamento de todos os casos suspeitos e contatos (respiratório/aerossol nas formas pulmonares). <b>Estreptomicina</b> 7,5-10 mg/kg IM de 12 em 12 h, durante 7 a 14 dias. Casos graves: <b>estreptomicina</b> 15 mg/kg de 12 em 12 h, por 7 a 10 dias. Em crianças, <b>estreptomicina</b> 30 a 40 mg/kg/dia em duas doses por 7 dias ou 40 mg/kg/dia em duas doses nos primeiros 3 dias, seguido de 20 mg/kg/dia em duas doses divididas nos 4 dias seguintes. <b>Gentamicina</b> 3 a 5 mg/kg/dia IV em duas doses, durante 14 dias (menos eficaz em adultos)</p>
<p>Varicela <i>Varicella-zoster</i> (14 a 17 dias)</p>	<p>Exantema que se inicia em face ou couro cabeludo e se dissemina para o tronco, com menor acometimento de extremidades (distribuição centrípeta). Lesões se iniciam como máculas eritematosas e respeitam a evolução para papúla, vesícula, pústula e crosta. <b>As lesões estão presentes numa mesma região anatômica em vários estágios evolutivos.</b> Pode ser precedido por dois a três dias de pródromos em adolescentes e adultos, como febre alta e sintomas constitucionais. Crianças desenvolvem simultaneamente febre e exantema.</p>	<p>Diagnóstico clínico.</p>	<p>Leucocitose em caso de infecção bacteriana secundária.</p>	<p>Sintomático. Isolamento de contato e respiratório (aerossol) em ambiente hospitalar até que todas as lesões estejam em fase de crosta. Se varicela disseminada ou paciente imunossuprimido (inclusive uso de corticoide): <b>aciclovir</b> 10mg/kg (crianças 500 mg/m<sup>2</sup>) IV 8/8h, 7-14 dias. Seu uso está indicado, com restrições, em gestantes com complicações graves de varicela. <b>Aciclovir oral:</b> 200mg/kg 6/6 h (máximo 800mg/dose) em pacientes saudáveis ≥ 13 anos; crianças ≥ 12 meses doença cutânea ou pulmonar crônica ou usuárias crônicas de salicilatos ou corticoide inalatório (iniciar dentro das primeiras 24 horas de exantema). <b>Prevenção:</b> vacinação de bloqueio até 120 horas após a exposição ao exantema e VZIG, em casos selecionados, até 96 horas após exposição. Considerar até 10 dias após o contato em gestantes, imunossuprimidos, recém-nascidos de mães nas quais a varicela surgiu nos últimos 5 dias de gestação ou nos 2 primeiros dias após o parto.</p>

<p>Varíola Vírus da varíola (10 a 14 dias)</p>	<p>Febre alta, mal-estar intenso, cefaleia, dores musculares, náuseas, prostração, rosto inchado e hiperemia conjuntival. Aparecimento de enantema, lesões cutâneas (mácula, pápula, vesícula, pústula e formação de crostas) em surto único, de duração média entre 1 e 2 dias, com distribuição centrífuga, atingindo mais a face e membros. <b>Observa-se o mesmo estágio evolutivo das lesões em determinada área do corpo</b></p>	<p>PCR, imunohistoquímica ou microscopia eletrônica (exames não disponíveis na FUNED)</p>	<p>Leucocitose em caso de infecção bacteriana secundária.</p>	<p>Isolamento imediato de todos os casos suspeitos e seus contatos (isolamento respiratório/aerossol e de contato) Suporte clínico. Tratamento precoce de complicações infecciosas. Está indicada vacinação de bloqueio nos 4 dias após a exposição. Contraindicada em pacientes imunodeprimidos e gestantes.</p>
--------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINDRÔMICA			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome completo			
Data de nascimento ___/___/___		Idade:	
Endereço		Telefone: ( )	
Complemento		Bairro	
Município:		UF:	
INFORMAÇÃO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS (observados ou relatados pelo paciente)			
Data do início dos sintomas: ___/___/___		Data da coleta dos exames: ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	Coriza
<input type="checkbox"/>	Cefaleia	<input type="checkbox"/>	Equimoses/hemorragia
<input type="checkbox"/>	Confusão mental	<input type="checkbox"/>	Exantema
<input type="checkbox"/>	Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	Febre
<input type="checkbox"/>	Constipação	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia
<input type="checkbox"/>	Convulsões	<input type="checkbox"/>	Dor de garganta
<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Linfadenomegalia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Manchas de Koplik
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Meningismo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mialgia
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pares cranianos alterados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Perda de peso
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sinais neurológicos focais
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tosse
SINAIS DE GRAVIDADE OU DE ALERTA			
<input type="checkbox"/>	Alteração da consciência	<input type="checkbox"/>	Prova do laço positiva/petéquias significativas
<input type="checkbox"/>	Arritmias ou tamponamento cardíaco	<input type="checkbox"/>	Pressão sistólica < 80 mmHg ou 20mmHg abaixo do usual
<input type="checkbox"/>	Cianose	<input type="checkbox"/>	(RN <60mmHg; 1-11meses <70mmHg, 1-10anos <70 + (idade em anos x 2)mmHg, >10 anos <90mmHg)
<input type="checkbox"/>	Desidratação	<input type="checkbox"/>	Pressão sistólica < 90mmHg refratária a volume (choque)
<input type="checkbox"/>	Dor abdominal	<input type="checkbox"/>	Relação pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 300
<input type="checkbox"/>	FC <40 bpm ou >150 bpm (RN > 190bpm; 1-11 meses >160bpm, 1-2 anos >130bpm, Pré-escolar >120bpm)	<input type="checkbox"/>	Tiragem intercostal/batimentos de asa de nariz (em criança)
<input type="checkbox"/>	Hemorragias graves ou sangramento de mucosas	<input type="checkbox"/>	Taquipneia (crianças até 2meses >60irpm, 2-12meses >50irpm, 1-5 anos >40irpm, >5 anos >30irpm)
<input type="checkbox"/>	Insuficiência respiratória aguda	<input type="checkbox"/>	Outras disfunções orgânicas
<input type="checkbox"/>	Oligúria ou anúria	<input type="checkbox"/>	
COMORBIDADES E POPULAÇÕES ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/>	Asma/DPOC	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias	<input type="checkbox"/>	Gestantes
<input type="checkbox"/>	Crianças (<13 anos)	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/>	Outras:	<input type="checkbox"/>	Doença hepática crônica
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Idosos (>65 anos)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Imunossupressão
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insuficiência renal crônica
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Obesidade
FATORES DE RISCO			
<input type="checkbox"/>	Ingestão de água ou alimentos contaminados		
<input type="checkbox"/>	Viagem ao exterior ou contato com alguém que veio do exterior e que esteja doente, nas últimas três semanas		
<input type="checkbox"/>	Contato com águas naturais, enchente, lama ou fossa (tempo)		
<input type="checkbox"/>	Exposição a carrapato, piolho, pulga, roedores, ecoturismo (tempo)		
<input type="checkbox"/>	Exposição sexual de risco ou uso de drogas injetáveis		
<input type="checkbox"/>	Vacinação recente (citar vacina, data e se é comprovada ou referida):		
<input type="checkbox"/>	Outros (citar):		
EXAMES ESPECÍFICOS			
Data da coleta: ___/___/___		CITAR MATERIAL COLETADO PARA CADA EXAME	
<input type="checkbox"/>	Bacterioscopia (citar):	<input type="checkbox"/>	Isolamento viral:
<input type="checkbox"/>	Cito/Histologia (citar):	<input type="checkbox"/>	Látex (citar):
<input type="checkbox"/>	Cultura (citar):	<input type="checkbox"/>	PCR (citar):
<input type="checkbox"/>	Gota espessa:	<input type="checkbox"/>	Sorologia:
<input type="checkbox"/>	Outros (citar):		
DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO			
<input type="checkbox"/>	Síndromes diarreicas	<input type="checkbox"/>	Síndrome ictérica febril
<input type="checkbox"/>	Síndrome exantemática	<input type="checkbox"/>	Síndrome neurológica aguda (meningite, encefalite, raiva, botulismo)
<input type="checkbox"/>	Síndrome hemorrágica febril	<input type="checkbox"/>	Síndrome respiratória aguda
<b>Diagnóstico específico provável (hipótese diagnóstica)?</b>			
<input type="checkbox"/>	Suspeita de surto (aumento do número de casos) de doenças pouco comuns, sintomas infrequentes ou evolução mais agressiva do que o esperado de doenças endêmicas?		
IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE			
Unidade de atendimento:		Data do atendimento:	
Nome do profissional:		Função do profissional:	
Assinatura:			