



Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2- Individual

2 Data da Notificação

3 Município da Notificação

4 GVE

5 Semana epidemiológica

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código IBGE

Código

Dados do Caso

7 Agravado: **TRACOMA**

Código CID 10: **A719**

8 Data dos Primeiros Sintomas

9 Nome do Paciente

10 Data de Nascimento

11 (ou) Idade: D - dias, M - meses, A - anos

12 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

13 Raça/Cor: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9-Ignorado

14 Escolaridade (em anos de estudo concluídos): 1-Nenhuma, 2-De 1 a 3, 3-De 4 a 7, 4-De 8 a 11, 5-De 12 e mais, 6-Não se aplica, 9-Ignorado

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 Logradouro (rua, avenida,...)

18 Número

19 Complemento (apto., casa, ...)

20 Ponto de Referência

21 UF

22 Município de Residência

Código (IBGE)

Distrito

23 Bairro

Código (IBGE)

24 CEP

25 (DDD) Telefone

26 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Urbana/Rural, 9 - Ignorado

27 País (se residente fora do Brasil)

Código

Dados Complementares do Caso

Antecedente Epidemiológicos

28 Data da Investigação

29 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica

30 Tempo de Moradia: D - dias, M - meses, A - anos

31 Procedência: Nome da Cidade

UF

32 Local de Trabalho/estudo

33 Contato com Casos Semelhantes: 1- sim, 2- não, 9- ignorado

Domicílio, Trabalho, Creche/Escola, Outros (especifique):

34 Água: 1- Encanada de Rede Pública, 2- Encanada de Poço, Mina, Outros, 3- Poço/Mina, 4- Torneira Fora de Casa, 5- Outros (especifique), 9- Ignorado

35 Esgoto: 1- Rede Pública/Fossa Séptica, 2- Fossa Negra, 3- Céu Aberto, 4- Outros (especifique), 9- Ignorado

36 Manifestações Clínicas: 1- sim, 2- não, 9- ignorado

Ardor, Secreção, Prurido, Fotofobia, Lacrimejamento, Hiperemia, Sensação de corpo estranho, Outros (especifique):

Dados Clínicos

37 Reinfecção: 1- sim, 2- não, 9- Ignorado

38 Forma Clínica: 1- sim, 2- não, 9- ignorado

Olho direito: TF, TI, TS, TT, CO

Olho esquerdo: TF, TI, TS, TT, CO

Dados Clínicos

39 Conjuntivite Associada 1- Bacteriana 2- Viral
 3- Outros (especifique) _____
 4- Não 5- Sem especificação

Tratamento

40 Data do Início do Tratamento _____

41 Esquema Terapêutico 1- Tetraciclina tópica 2- Sulfa - colírio 3- Azitromicina
 4- Outro (especifique) _____
 5- Associação (especifique) _____
 6- Não se aplica

42 Verificação de cura Datas: 1º Controle ____/____/____ 2º Controle ____/____/____ 3º Controle ____/____/____

Códigos: F= faltoso - T= mantido ou reiniciado o tratamento - ACL= alta clínica
 ACS= alta curado(a) sem cicatrizes - ACC= alta curado com cicatrizes - NSA= não se aplica

Conclusão

43 Especificar Forma Clínica
 1- Tracoma Inflamatório (TF/TI)
 2- Tracoma Cicatricial (TS)
 3- Sequela de Tracoma (TT/CO)
 4- Tracoma Inflamatório (TF/TI) associado à sequela (TS/TT/CO)

44 Evolução
 1- Cura 2- Abandono 9- Ignorado

45 Data da Evolução _____

46 Doença Relacionada ao Trabalho
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

47 Data do Encerramento _____

Comunicantes

48 Comunicantes domiciliares Total de Moradores Total de Examinados Total de positivos

Nº	NOME	IDADE	EXAME		TRACOMA		CONDUTA
			1- Sim	2- Não	1- Sim	2- Não	
01			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

49 Tratamento em massa do domicílio
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Número total de tratamento realizados

50 Observações

Investigador

51 Município/Unidade de Saúde _____

52 Código da Unid. de Saúde _____

53 Nome _____

54 Função _____

55 Assinatura _____