



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE BRUCELOSE HUMANA

DADOS GERAIS			
1. Situação do Paciente: () Novo () Em acompanhamento			
2. Município de Notificação:		3. Número da Notificação:	
4. Unidade de Saúde:		5. Data de notificação: / /	
DADOS DO PACIENTE:			
6. Nome do Paciente:			
7. Data de Nascimento: ____/____/____	8. Sexo () Masculino () Feminino	9. Gestante: () 1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre () Idade gestacional ignorada () Não () Não se aplica () Ignorado	10. Raça/Cor () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado
11. Escolaridade () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino médio técnico () Ensino superior incompleto () Ensino superior () Ensino superior - Especialização () Mestrado () Doutorado () Ignorado			
12. Nome da Mãe			
13. UF	14. Município de Residência		
15. Bairro/Localidade		16. Logradouro (rua, avenida,...)	
17. Número	18. Complemento (apto, casa,...)	19. Ponto de Referência	
20. CEP	21. Zona () Urbana () Rural () Periurbana () Ignorado	22. (DDD) Telefone	
DADOS OCUPACIONAIS			
23. Local de Trabalho			
24. Endereço			
25. (DDD) Telefone		26. Ocupação	
27. Exposição ocupacional () Sim () Não		28. Tipo de exposição () Frigorífico/Matadouro () Laticínio () Contato com placenta e/ou feto de aborto de animais () Laboratório () Vacina () Ordenha () Trabalha no campo	
ANTECEDENTES			
29. Consumo de alimentos crus () Sim () Não		30. Tipo de alimento () Leite não pasteurizado/cru () Queijo fresco () Alimentos com queijo () Alimentos com leite () Manteiga não pasteurizada/crua () Nata não pasteurizada/crua () Outros alimentos crus	
31. Local de compra e/ou consumo de alimentos crus			
32. Viagens (6 meses anteriores): Não () Sim ()			
33. Lugares: _____ _____			
34. Diagnóstico de Brucelose anterior: Não () Sim ()		35. Data do diagnóstico anterior ____/____/____	36. Local do diagnóstico
37. Exames anteriores (especificar exame e titulação obtida): _____ _____			



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

38. Tratamento anterior () Sim () Não	39. Duração do tratamento anterior e quais drogas utilizadas
---	---

DADOS CLÍNICOS

40. Data de início dos sintomas: ____/____/____	41. Forma de início da enfermidade: () Agudo () Crônico () Insidioso () Não se aplica
---	---

42. Sintomas

Assintomático 1º consulta		Assintomático 2º consulta	
Febre	Anorexia	Mal estar geral	Vômitos
Calafrios	Cefaléia	Dor articular	Dor muscular
Sudorese profusa	Diarréia	Náuseas	Astenia

Outros 43. Quais:	44. Temperatura da febre:
--------------------------	----------------------------------

45. Sinais Clínicos

Adenopatias	Esplenomegalia	Comprometimento neurológico
Hepatomegalia	Comprometimento osteoarticular	Comprometimento genito-urinário
Comprometimento cardiovascular	Outros 46. Quais:	

47. Hospitalização: Não () Sim ()	48. Data de hospitalização: ____/____/____	49. Tempo de hospitalização: dias
--	---	--

DADOS LABORATORIAIS

Rosa Bengala

50. 1º Exame	51. Titulação	52. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
53. 2º Exame	54. Titulação	55. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
56. 3º Exame	57. Titulação	58. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
59. 4º Exame	60. Titulação	61. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
62. 5º Exame	63. Titulação	64. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____

ELISA

65. IgM 1º Exame	66. Titulação	67. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
68. IgG 1º Exame	69. Titulação	70. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
71. IgM 2º Exame	72. Titulação	73. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
74. IgG 2º Exame	75. Titulação	76. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
77. IgM 3º Exame	78. Titulação	79. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
80. IgG 3º Exame	81. Titulação	82. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
83. IgM 4º Exame	84. Titulação	85. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
86. IgG 4º Exame	87. Titulação	88. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
89. IgM 5º Exame	90. Titulação	91. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____
92. IgG 5º Exame	93. Titulação	94. Data
() Reagente () Não reagente		____/____/____

TRATAMENTO DO PACIENTE

95. Droga de escolha para o tratamento () Doxiciclina () Rifampicina () Ciprofloxacina () outra droga () Estreptomicina () Clotrimazol () Gentamicina () SMZ + TMP	96. Data do início do tratamento: ____/____/____ 97. Duração do tratamento: dias
---	---





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

98. Classificação () Provável () Confirmado () Descartado	
99. Evolução do paciente Alta () Abandono () Óbito por outras causas () Ignorado ()	100. Data __/__/__
101. Observações _____ _____ _____	
102. Responsável pelo preenchimento da ficha:	103. Data: __/__/__

