

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR
Avaliação Clínica e Epidemiológica de Febre chikungunya

CASO SUSPEITO: Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou com artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

Nome do Paciente: _____

Investigação Clínica

Data de início da febre: ____/____/____ **Temperatura:** _____ **Duração:** _____

Artralgia limitante e/ou incapacitante: () 1- Sim 2- Não

Artralgia bilateral e simétrica? () 1- Sim 2- Não

Se sim, quais as articulações acometidas _____

Queixas articulares 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

DOR

EDEMA

Mãos ()	Coluna lombar ()	Mãos ()	Coluna lombar ()
Punhos ()	Quadril ()	Punhos ()	Quadril ()
Cotovelos ()	Joelho ()	Cotovelos ()	Joelho ()
Ombro ()	Tornozelos ()	Ombro ()	Tornozelos ()
Coluna cervical ()	Pés ()	Coluna cervical ()	Pés ()
Coluna torácica ()		Coluna torácica ()	

Data de início da artralgia: ____/____/____

Outras manifestações clínicas 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Exantema ()	Úlceras orais, bolhas e vesículas ()	Tontura ()	Turvação visual ()
Prurido ()	Lombalgia ()	Rebaixamento do nível de consciência ()	Moscas volantes ()
Dermatite esfoliativa ()	Convulsões ()	Cefaleia ()	Olho vermelho ()
Hiperpigmentação ()	Paresia ()	Dor ocular ()	Dor abdominal ()
Lesões por fotossensibilidade ()	Parestesia ()	Diminuição da acuidade visual ()	Diarreia ()
Eritema nodoso ()			Vômitos ()

Dados detalhados sobre deslocamento nos 15 dias que antecedem o início dos sintomas:

Cidade/Estado/País _____ Data de retorno ____/____/____

Cidade/Estado/País _____ Data de retorno ____/____/____

Cidade/Estado/País _____ Data de retorno ____/____/____

Cidade/Estado/País _____ Data de retorno ____/____/____

Conhece alguém com os mesmos sintomas: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Domicílio () Peridomicílio () Local de trabalho () Outro: _____

Nome dos sintomáticos: _____

Informações complementares:

Trata-se de caso suspeito de febre chikungunya? () 1- Sim 2- Não (Preenchimento exclusivo DIEVS)