



# PREFEITURA DE SÃO PAULO

## SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA  
Centro de Controle de Doenças - CCD

27 de Outubro de 2014

# Informe Técnico Chikungunya

A Chikungunya (CHIK) é uma doença emergente transmitida por vetores, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV). O CHIKV é um vírus RNA que pertence ao gênero Alphavírus, da família Togaviridae.

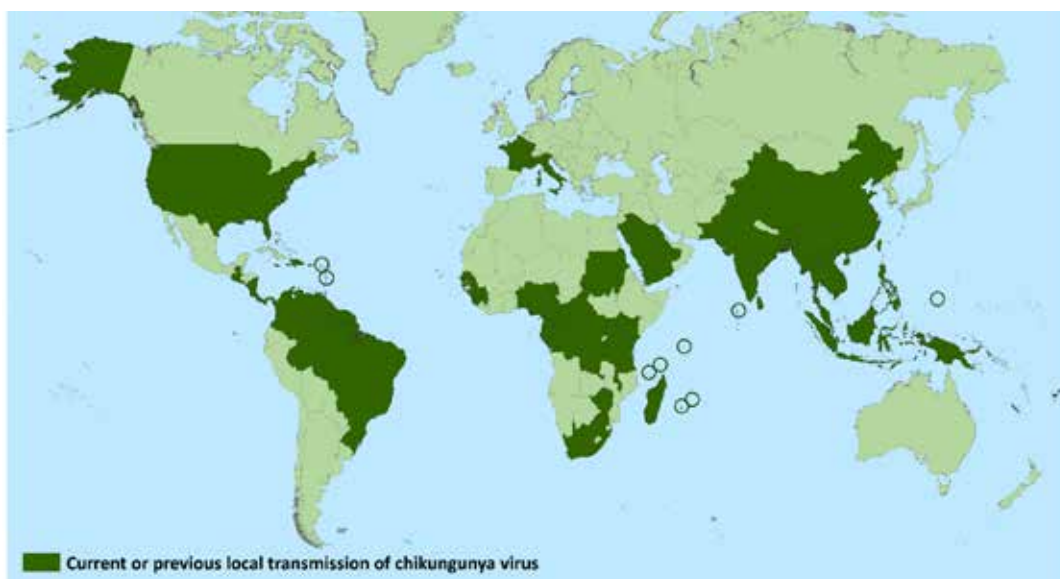
O termo Chikungunya, que significa “aqueles que se dobram”, tem origem na Tanzânia. Este termo faz referência à aparência encurvada dos pacientes em decorrência das fortes dores musculares e articulares. Embora a Febre de Chikungunya não seja uma doença de alta letalidade, tem elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, que pode levar à incapacidade e, consequentemente, redução da produtividade e da qualidade de vida.

Os primeiros relatos de casos humanos com febre, exantema e artrite, sugestivos de ser CHIKV, foram relatados no início de 1770. O vírus foi isolado na epidemia na Tanzânia (1952-53). Em 2004, foi re-

gistrada uma grande epidemia na costa do Quênia, dando início a um longo período de disseminação da doença por várias ilhas do Oceano Índico, Índia, e diversos países do Sudeste Asiático. Surtos na região ocorreram de modo frequente entre 2004 e 2008, comprovando a facilidade com que o vírus se espalha. Em 2006, um grande surto foi registrado na Índia, mesma época em que casos autóctones foram descritos em países europeus (Itália e França). As taxas de ataque em comunidades afetadas em recentes epidemias foram elevadas, variando de 38% a 63%.

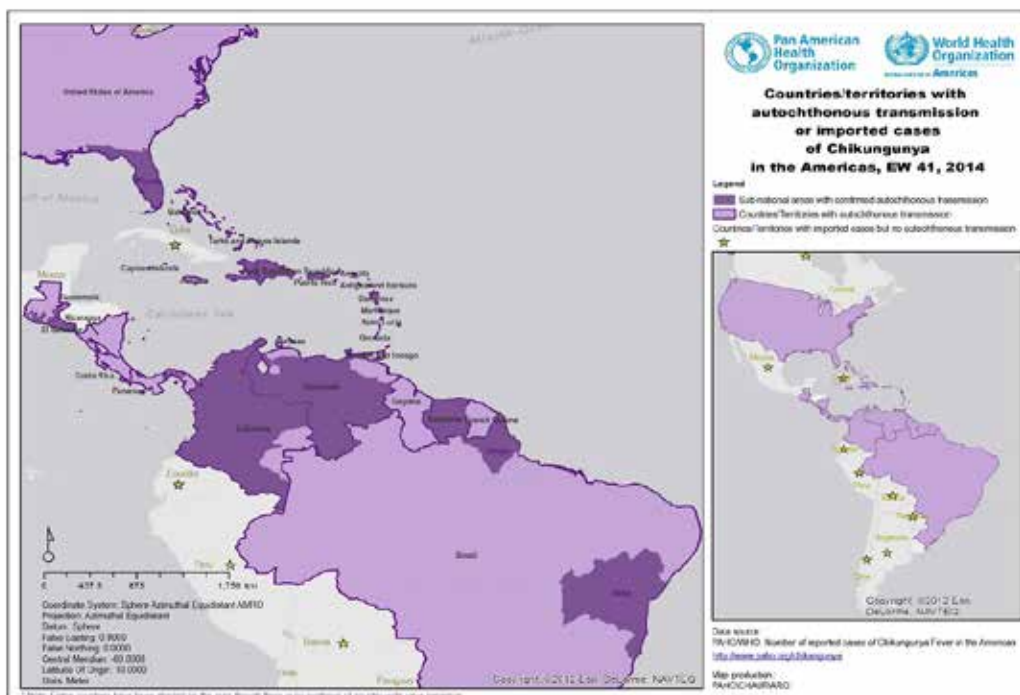
Em dezembro de 2013, a Febre do Chikungunya chegou às ilhas do Caribe. Até 24 de outubro de 2014, foram notificados 776.089 casos (12.993 casos confirmados laboratorialmente) e 152 óbitos em 43 países das Américas Central, Norte, Sul e Caribe.

**Figura 1:** Países e territórios com notificações de casos autóctones de Chikungunya – 21/10/2014.



Fonte: <http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/index.html>

**Figura 2:** Países e territórios das Américas com notificações de casos autóctones de Chikungunya – 11/10/2014.



Fonte: [http://www.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/IR/Viral\\_Diseases/Chikungunya/CHIKV-Data-Caribe-2014-EW-31.jpg?ua=1](http://www.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/IR/Viral_Diseases/Chikungunya/CHIKV-Data-Caribe-2014-EW-31.jpg?ua=1)

No Brasil, o *Aedes aegypti* está amplamente distribuído em 4.318 municípios, enquanto o *Aedes albopictus* é encontrado em 2.126 municípios. Foram notificados, até 15/10/2014, 337 casos, sendo 87 por critério laboratorial e 250 por critério clínico-epidemiológico. Desse total, 38 são importados, de munícipes que viajaram para países com transmissão da doença, como República Dominicana, Haiti, Venezuela, Ilhas do Caribe e Guiana Francesa. Outros 299 casos são autóctones, sendo 17 no município de Oiapoque (AP), 274 no município de Feira de Santana (BA), 7 em Riachão do Jacuípe (BA) e 1 em Matozinhos (MG).

Nos serviços de saúde do Município de São Paulo (até 24/10/2014), foram atendidos 41 casos suspeitos deste agravo (tabela 1). Foram confirmados 5 casos de Febre da Chikungunya em residentes no nosso município e os locais prováveis de infecção foram: 3 na República Dominicana, 1 na Venezuela e 1 em El Salvador.

**Tabela 1: Distribuição dos casos de Chikungunya atendidos pelas unidades de saúde do Município de São Paulo segundo situação atual.**

SITUAÇÃO ATUAL	Nº
Casos atendidos e notificados no MSP	41
Confirmados residentes em outros municípios	12
Descartados	14
Em investigação	8
<b>Confirmados importados residentes São Paulo</b>	<b>*5</b>
Notificados que não preenchem definição	2
<b>Autóctones do MSP</b>	<b>0</b>

\* LPI: 3 - República Dominicana; 1 - Venezuela; 1 - El Salvador

Fonte: SINAN NET/GVISAM/COVISA - Dados Provisórios até 24/10/2014

**Diante desta situação epidemiológica mundial, a presença do vetor no nosso município, de indivíduos susceptíveis e do livre tráfego de pessoas pelos países, há necessidade de todos os serviços e profissionais estarem alertas para este agravo.**

**Reservatórios:** Humanos são o principal reservatório do CHIKV durante períodos de epidemia. Durante períodos interepidêmicos, vertebrados podem ser potenciais reservatórios, incluindo primatas não humanos, roedores, pássaros e outros pequenos mamíferos.

**Períodos de incubação:** Os mosquitos adquirem o vírus de um hospedeiro virêmico. Após um período de incubação extrínseco médio de dez dias, o mosquito torna-se capaz de transmitir o vírus a um hospedeiro suscetível. Em humanos, o período de incubação intrínseco pode ser de 1-12 dias, com média de 3-7 dias.

**Transmissibilidade:** A viremia geralmente inicia 2 dias antes e pode persistir por até 10 dias após o surgimento das manifestações clínicas. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que exclusivamente, no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por transfusão sanguínea, mas é rara.

**Suscetibilidade:** Universal.

**Imunidade:** Acredita-se que seja duradoura.

**Quadro Clínico:** Estudos mostram que 3% a 28% podem apresentar infecção assintomática. Em relação às outras arboviroses, a taxa de pacientes assintomáticos é baixa e o número de pacientes que necessitarão de atendimento é elevado.

### O CHIKV pode causar doença aguda, subaguda e crônica:

- **Doença aguda - Febre súbita** (tipicamente maior que 39°C) e **artralgia** intensa, podendo apresentar **poliartrite, cefaleia, mialgias (lombalgias), náuseas, vômitos, exantema, conjuntivite**. Esta fase dura de 3 a 10 dias (média de 7 dias) e a febre, de poucos dias até uma semana.

Os sintomas articulares têm sido descritos em mais de 90% dos pacientes com Febre de Chikungunya na fase aguda, e são comumente poliarticulares, simétricos e, mais frequentemente, em tornozelos, punhos e articulações da mão, podendo afetar articulações mais proximais, tanto as grandes como as pequenas. Os pacientes podem ficar incapacitados devido à dor, ao edema (geralmente associado tenossinovite) e à rigidez, sendo incapazes de executar tarefas normais ou ir ao trabalho. Pode ocorrer também dor ligamentar e mialgia, principalmente em braços e coxas.

O exantema, tipicamente maculopapular, aparece 2 a 5 dias após o início da febre em aproximadamente metade dos pacientes. Acomete o tronco e as extremidades, mas também podem incluir as regiões palmar, plantar e a facial. O prurido está presente em cerca de 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo - plantar. Em crianças, as lesões do tipo vesículo-bolhosas são as manifestações cutâneas mais comuns.

Outros sinais e sintomas descritos: calafrios, conjuntivite, faringite, náusea, diarreia, neurite, dor abdominal e vômito. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfonodomegalias cervicais associadas.

**Gestantes:** A infecção pelo vírus Chikungunya no período gestacional não altera o curso da gravidez, não há evidências de efeitos teratogênicos, mas há raros relatos de abortamento espontâneo.

Mães que sofrem com febre de Chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus a recém-nascidos por transmissão vertical. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar até 85%, resultando em formas graves dos neonatos em 90%. Ao que tudo indica a realização e cesariana não altera o risco da transmissão e o vírus não é transmitido pelo aleitamento materno.

**Neonatos:** a doença pode se apresentar com maior gravidade. Na fase aguda descreve-se: síndrome algica, febre, exantemas, hemorragias, miocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite, dilatação de artéria coronária, enterocolite necrotizante, edema de extremidades, recusa da mamada, diarreia, descamação e hiperpigmentação cutânea.

Deve-se destacar o comprometimento do sistema nervoso central como manifestação de gravidade nesta faixa etária.

- **Doença Subaguda - Após 10 dias**, a maioria dos pacientes sentirá uma melhora na saúde geral e na dor articular. Porém, após este período, alguns pacientes apresentam persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente acometidas na primeira fase e tenossinovite hipertrófica subaguda em punhos e tornozelos.

Podem estar presentes também prurido generalizado e exantema maculopapular em tronco, membros e região palmo-plantar. Alguns pacientes também podem desenvolver distúrbios vasculares periféricos, como a síndrome de Raynaud. Podem reclamar também de sintomas depressivos, cansaço geral e fraqueza.

- **Doença crônica** - Sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética, podem persistir por **mais de três meses** e geralmente apresentam comportamento flutuante. A prevalência desta fase é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Em alguns casos, as alterações podem persistir após 3 a 5 anos. O sintoma mais comum é o **acometimento articular persistente** nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema, com apresentação poliarticular e simétrica, mas pode ser assimétrica e monoarticular. Há relatos de dor também nas regiões sacroilíaca, lombosacra e cervical. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriásica ou reumatoide. Outras manifestações descritas durante a fase crônica são fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, fenômeno de Raynaud, alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão.

Os fatores de risco para ocorrência de quadros crônicos são: idade maior que 65 anos, problemas articulares preexistentes e doença aguda mais grave.

- **Manifestações atípicas** - Podem decorrer dos efeitos diretos do vírus, resposta imunológica e/ou toxicidade dos medicamentos:
  - **Neurológicas:** Meningoencefalite, encefalopatia, convulsões, síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebelar, paresia, paralisia, neuropatia.
  - **Oculares:** Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite, uveíte.
  - **Cardiovasculares:** Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmias, instabilidade hemodinâmica.
  - **Dermatológicas:** Hiperpigmentação fotossensível, úlcera aftosa intertriginosa, dermatose vesículo-bolhosa.
  - **Renais:** Nefrite, insuficiência renal aguda.
  - **Outras:** Discrasias hemorrágicas, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, hipoadrenalismo.

A meningoencefalite e dermatose vesiculo-bolhosa são mais observadas em crianças e bebês, respectivamente.

- **Grupos de risco para quadros mais graves:** A faixa etária muito jovem (**neonatal**) e a **idade avançada**, presença de **comorbidades** (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia, hipertensão), **uso de alguns fármacos (aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses)**. Indivíduos maiores de 65 anos tiveram uma taxa de mortalidade 50 vezes superior quando comparados ao adulto jovem (menores de 45 anos de idade). A maioria das infecções por CHIKV que ocorre durante a gravidez não resulta na transmissão do vírus para o feto, porém, há raros relatos de abortos espontâneos. A maior preocupação, neste caso, é a descompensação de doenças pré-existentes.

**Diagnóstico diferencial:** O diagnóstico diferencial é feito principalmente com outras doenças febris agudas associadas à artralgia. Deve-se estar atento para causas potencialmente fatais e que exijam uma conduta medicamentosa específica imediata, como artrite séptica.

Na nossa situação epidemiológica, o principal diagnóstico diferencial durante a fase aguda é **dengue**, que tem um potencial maior para evoluir para formas graves. As duas doenças, eventualmente, podem ocorrer juntas no mesmo paciente.

**Tabela 2: Diagnóstico diferencial Dengue x Chikungunya.**

Manifestação clínica/ laboratorial	Chikungunya	Dengue
Intensidade da Febre	+++	++
Exantema	++ (D1-D4)	+ (D5-D7)
Mialgia	+	++
Artralgia	+++	+/-
Plaquetopenia	+	+++
Leucopenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Neutropenia	+	+++
Choque	-	-/+
Discrasia Sanguínea	-/+	++
Dor retrorbital	+	+++
Evolução após fase aguda	Artralgia crônica	Fadiga

Adaptado de Staples ET AL (2009). In OPAS (2011, p18) A Frequência de sintomas a partir de estudos em que duas doenças foram diretamente comparadas entre pacientes em busca de cuidados; +++ = 70-100% dos pacientes; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%. Fonte: Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil – MS

Outros diagnósticos diferenciais: Malária, leptospirose, infecções por Alphavirus (vírus Mayaro, vírus Ross River, vírus Floresta de Barmah, vírus O'nyong nyong e vírus Sindbis), Artrite pós-infecciosa (inclusive febre reumática), Artrite reumatoide juvenil.

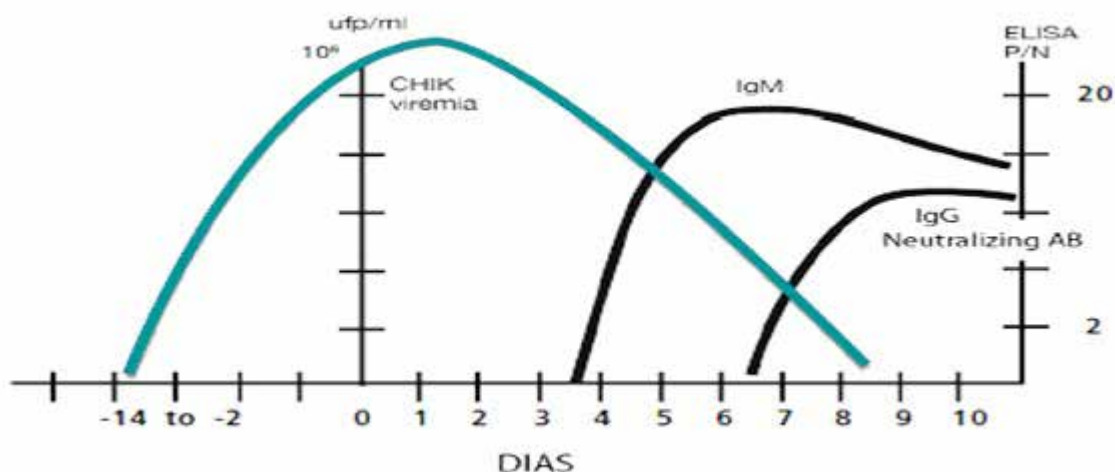


## Laboratório:

- **Exames inespecíficos:** Não há achados hematológicos patognomônicos significativos observados em infecções por CHIKV. Pode ocorrer **trombocitopenia leve** (geralmente acima de 100.000/mm<sup>3</sup>), **leucopenia** (geralmente menor que 5.000 células), com **linfopenia** (menor que 1.000 células) e **testes de função hepática elevados, proteína C-reativa elevada**.
- **Exames Específicos:** Amostras colhidas durante a primeira semana após o início dos sintomas devem ser testadas por 2 métodos: **sorológico (IgM e IgG ELISA) e virológico (RT-PCR e isolamento)**.

As amostras são geralmente de sangue ou soro, mas nos casos neurológicos, podem ser realizados em líquor. Pode ser realizado Isolamento de vírus em amostras colhidas até o 3º dia do início dos sintomas.

- **Sorologia-IgM e IgG – ELISA** podem ser realizada em soro ou plasma colhidos a partir do 4º dia do início dos sintomas. O diagnóstico sorológico pode ser feito pela demonstração de anticorpos IgM específicos para CHIKV ou por um aumento de quatro vezes no título do teste de neutralização por redução de placas (PRNT) em amostras da fases aguda e convalescente.



Fonte: Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil – MS.

- **Amostras e volumes:**

Sangue total: 7ml;

Soro ou plasma: 4ml;

Líquor: 2ml;

Fragmento de necropsia: 1 a 2 cm<sup>3</sup>

### ATENÇÃO

As amostras devem ser colhidas na primeira consulta e encaminhadas para o Instituto Adolfo Lutz. Será realizado o RT-PCR em amostras colhidas até o 8º dia do início dos sintomas. A necessidade de coleta de segunda amostra será definida caso a caso. Todas as amostras devem ser encaminhadas com a Ficha de Investigação Interina de Chikungunya.

- **Transporte das amostras:** O transporte das amostras para o laboratório deve ser a 2°C- 8°C (caixa com gelo), o mais rapidamente possível. Não congelar o sangue total, pois a hemólise pode interferir no resultado do teste de sorologia.
- **Armazenamento:** Em geladeira por período máximo de 8 horas. Para períodos mais prolongados, armazenar preferencialmente a menos 70°C, serviços que não dispõem de freezer a -70°C, devem armazenar a - 20°C.

**Manejo Clínico:** Não há tratamento antiviral específico para CHIKV. Tratamento sintomático é recomendado após a exclusão de condições mais graves tais como malária, dengue e infecções bacterianas. Segue, na figura 3, fluxograma de avaliação de risco e manejo clínico do paciente suspeito de CHIKV. É importante avaliar a ocorrência de sinais de alarme e sinais de choque referenciados no manual “Dengue: manejo clínico – adulto e criança”. Acesso em: [goo.gl/AfnmNW](http://goo.gl/AfnmNW)

Febre de Chikungunya : Manejo Clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: [goo.gl/TP94JC](http://goo.gl/TP94JC)

**Sistemas de acolhimento com classificação de risco devem ser implantados nos diversos serviços de saúde. A triagem deve identificar presença dos sinais de gravidade e critérios de internação de Chikungunya assim como estar atento ao diagnóstico diferencial de dengue e de malária e na presença de sinais de gravidade dessas doenças.**

Conforme a classificação de risco, o hemograma deve ser solicitado à critério médico para as formas brandas da doença e obrigatoriamente com bioquímica para os pacientes do grupo de risco, com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação.

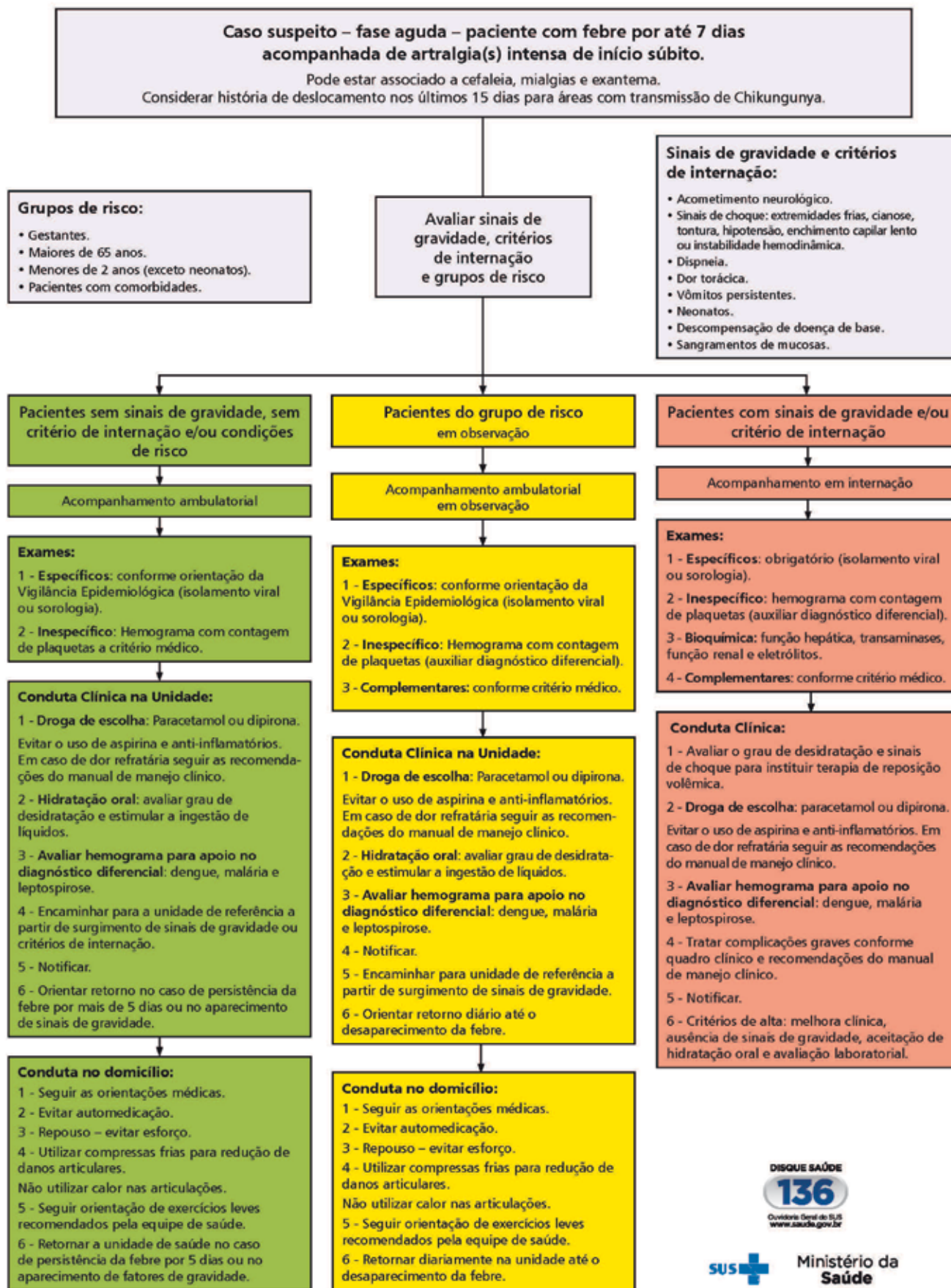
Os pacientes de **grupo de risco (gestantes, pacientes com comorbidades, idosos e menores de 2 anos de idade exceto neonatos)** devem ser **acompanhados ambulatorialmente diariamente** até a queda da febre e ausência de sinais de gravidade, pelo risco de desenvolvimento das formas graves da doença.

Os pacientes que apresentam **sinais de gravidade (acometimento neurológico, sinais de choque, instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, sangramento de mucosas e descompensação de doença de base)** ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Para alta desses pacientes é necessário melhora do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

Deve-se orientar a **hidratação oral** dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A droga de escolha é o **paracetamol**. A OMS recomenda a dosagem de até 4g /dia. O paracetamol deve ser usado com precaução em pessoas com comorbidades. Em crianças pode ser administrado a dosagem de 50 a 60mg por kg por dia. Podem também ser utilizados outros analgésicos para alívio da dor, como a dipirona. Nos casos refratários, recomenda-se a utilização da codeína. **Os anti-inflamatórios não esteroides** (ibuprofeno, naproxeno, ácido acetilsalicílico) **não devem ser utilizados na fase aguda da doença**, devido a possibilidade de risco maior de sangramentos em casos de dengue. A aspirina também é contra-indicada na fase aguda pelo risco de Síndrome de Reye e de sangramento. Os esferóides estão contra-indicados na fase aguda pelo risco do efeito rebote.



**Figura 3: Classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de Chikungunya (fase Aguda).**



## Fluxograma de Classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de Chikungunya:

### Fase Aguda - [goo.gl/OsC112](http://goo.gl/OsC112)

- **Fase Subaguda e Crônica:** Podem ser utilizados Injeções intra-articulares de corticoide, AINH tópico ou oral, e metotrexate em pacientes com sintomas articulares refratários. Considerar uso de morfina e derivados para analgesia de difícil controle.

É importante encaminhar/orientar aos pacientes da necessidade da fisioterapia com exercícios de intensidade leve/moderada. Também se recomenda a avaliação pelo reumatologista

**Evolução:** Óbitos relacionadas à infecção por CHIKV são incomuns. Entretanto, um aumento na taxa de óbito absoluto foi relatado durante as epidemias de 2004-2008 na Índia e na Ilha Maurício. A mortalidade pode atingir até 0,4% em menores de 1 ano, podendo ser mais elevada em indivíduos com patologias associadas e outros grupos mais vulneráveis.

### Caso suspeito:

**Fase aguda: Caso suspeito - Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou 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.**

### Caso Confirmado:

Caso suspeito com um dos seguintes testes específicos para diagnóstico de CHIKV:

- Isolamento viral.
- Detecção de fragmento de RNA viral por RT-PCR (em tempo real ou convencional)
- Detecção de IgM em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda - primeiros 8 dias ou convalescente, 10-14 dias após a fase aguda)
- Aumento de quatro vezes no título de anticorpos IgG específicos para CHIKV (amostras coletadas com pelo menos 2-3 semanas de diferença).
- Critério clínico epidemiológico

**Durante o surgimento dos primeiros casos, todos os esforços devem ser realizados para que os casos sejam confirmados por diagnóstico laboratorial específico. No entanto, uma vez estabelecida a transmissão, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Os casos graves ou com manifestações atípicas ou óbitos devem ser confirmados por critério laboratorial.**

### Notificação de caso suspeito de Chikungunya:

- Conforme a Portaria MS Nº 1.271, de 6 de junho de 2014, os casos suspeitos de Chikungunya devem ser comunicados/notificados em até 24 horas a partir da suspeita inicial à Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.
- Ficha de notificação ( Anexo 1) - [goo.gl/JzVAQG](http://goo.gl/JzVAQG)

- Como a artralgia aparece em geral a partir do 3º dia de febre, os pacientes que vierem de área endêmica e apresentarem apenas febre devem ser monitorados para verificação da evolução e orientados a quanto ao uso de repelentes.

### Prevenção e medidas de controle:

- Pacientes infectados pelo vírus de CHIK são reservatórios de infecção para os outros na casa e na comunidade. Portanto, no momento, as medidas de saúde coletiva devem ser estabelecidas para minimizar a exposição do paciente ao mosquito evitando que ocorra transmissão autóctone;
- Recomenda-se que os pacientes com Chikungunya usem calças e mangas longas, repelentes à base de DEET, reaplicando periodicamente e fiquem em ambientes protegidos com telas milimetradas até o 10º dia de sintoma, uso de mosquiteiros;
- Devem ser identificados os locais de deslocamento do paciente em período de viremia;
- Deverá ser realizado bloqueio de criadouros em um raio de 300 m nos locais de deslocamento durante a viremia.

### Presença de caso importado confirmado:

- Bloqueio de nebulização em um raio de 300 metros (aproximadamente 9 quarteirões) após bloqueio de criadouros;
- Busca Ativa de casos nesses locais, considerando-se os períodos de incubação extrínscico (no mosquito) e intrínscico (no paciente), visando identificar início de transmissão. Em média, essa atividade deve ser programada para 15 a 20 dias do início dos sintomas do caso índice;
- Busca ativa de outros casos suspeitos.

### Bibliografia:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência para a Introdução do Vírus Chikungunya. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 13 pp.

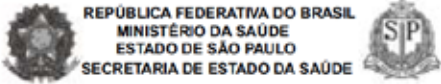
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 100 pp. Acesso em: [goo.gl/K8PPAs](http://goo.gl/K8PPAs)

Informe técnico Chikungunya, junho 2014 – Documento elaborado pela Equipe Técnica da Divisão de Dengue do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, em colaboração com a Central/CIE-VS-SP, SUCEN e Instituto Adolfo Lutz – IAL. CCD/SES-SP. São Paulo/Brasil, 16 de junho de 2014 - Acesso em: [goo.gl/TTXJLO](http://goo.gl/TTXJLO)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de Chikungunya : Manejo Clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: [goo.gl/TP94JC](http://goo.gl/TP94JC)  
Site do Ministério da Saúde: [goo.gl/AHVt9o](http://goo.gl/AHVt9o)

Ficha Interina de Investigação de FEBRE DO CHIKUNGUNYA

**CASO SUSPEITO:** Paciente com febre de início súbito (temperatura maior de 38,5° C) E artralgia ou artrite intensa não explicadas por outras condições e residindo ou tendo visitado áreas endêmicas (ou epidêmicas) até 2 semanas antes do início dos sintomas


**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO**

Nº

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	7 Data dos Primeiros Sintomas
<b>Notificação Individual</b>	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
<b>Dados de Residência</b>	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	
32 Classificação Final		
33 Critério de Confirmação/Descarte		
Local Provável da Fonte de Infecção		
34 O caso é autóctone do município de residência?		
35 UF		
36 País		
37 Município		
38 Distrito		
39 Bairro		
40 Doença Relacionada ao Trabalho		
41 Evolução do Caso		
42 Data do Óbito		
43 Data do Encerramento		

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

Local da viagem (se Brasil incluir: endereço, atividades desenvolvidas...)	Data de chegada	Data de saída

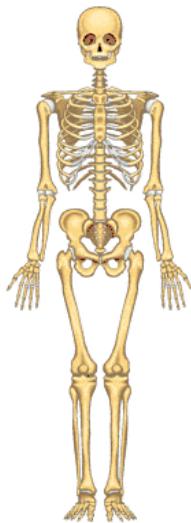
**Dados laboratoriais**

<b>Exame Sorológico (IgM)</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>Exame Sorológico (IgG)</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>RT-PCR</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
<b>Isolamento Viral</b>	Data da Coleta	__/__/__	Resultado	_____
Outros agravos investigados (marcar se investigado e o resultado):				
<input type="checkbox"/> Dengue	IgM	Data da Coleta	__/__/__	Resultado
	RT-PCR	Data da Coleta	__/__/__	Resultado
<input type="checkbox"/> Malária		Data da Coleta	__/__/__	Resultado
Outras doenças em investigação (detalhar):				

**Dados Clínicos**

Hospitalização?	Internação	__/__/__	Alta	__/__/__	Nome do hospital, município:	_____
Febre?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Dor nas costas?	1-Sim 2-Não 9-ignorado		
Manifestações na pele? 1-Sim 2-Não (se sim especificar): _____						
Mialgia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Cefaléia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Vômito?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Diarréia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Manifestações hemorrágicas (local)?			1-Sim 2-Não 9-Ignorado: _____			
Sintomas respiratórios (se sim especificar): _____						
Outros sinais, sintomas e condições prévias:						

**Marcar as articulações** afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte: D: dor; E: edema; Ar: Derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra).



**Informações complementares e observações**

Observações adicionais

---



---



---



---



---

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	

NOT\_CONCLU\_NET 15/12/2006 MIR COREL      Notificação/conclusão      Sinan NET      SVS      27/09/2005