

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS MICOSES

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO

1) Nome de registro*:		2) Nome social:	
3) CPF*: _____ - ____		4) Cartão Nacional de Saúde*: _____	
5) Data de nascimento*: ____/____/____			
6) Sexo*: () Masculino () Feminino () Ignorado	7) Gestante**: () Sim () Não () Ignorado/Não sabe () Não se aplica	8) Raça/Cor*: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorada	9) Peso Corporal (Kg)*:

10) Escolaridade*:
() Nenhuma () Educação infantil () EF incompleto () EF completo (até o 9º ano) () EM incompleto () EM completo (até o 3º)
() Superior incompleto () Superior completo () Ignorado () Não se aplica

11) Nome da mãe*:	12) Ocupação*:
13) Estrangeiro*: () Sim () Não () Ignorado	13.1) Se estrangeiro, país de origem:

DADOS DE RESIDÊNCIA

14) Telefone de contato: () _____ - ____	15) CEP: _____ - ____	16) UF de residência*:	16.1) Região de Saúde (CIR)	17) Município de residência*:
18) Logradouro*:	19) nº:	20) Bairro:	21) Complemento:	

22) Zona de residência*: () Urbano () Rural () Peri-urbana

DOENÇAS, INFECÇÕES E AGRAVOS ASSOCIADOS

23) HIV/Aids*: () Sim () Não () Ignorado	24) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado
25) Diabetes mellitus*: () Sim () Não () Ignorado	26) Hipertensão*: () Sim () Não () Ignorado
27) Doença Onco-hematológica*: () Sim () Não () Ignorado	28) Tuberculose ativa*: () Sim () Não () Ignorado
29) Imunodeficiência primária*: () Sim () Não () Ignorado	30) Transplantado(a) de medula óssea*: () Sim () Não () Ignorado
31) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado	32) Transplantado(a) de órgão sólido*: () Sim () Não () Ignorado
33) Doença Renal*: () Sim () Não () Ignorado	34) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado
35) Usuário de imunobiológicos*: () Sim () Não () Ignorado	36) Se outra, especificar: _____

EXAMES DIAGNÓSTICOS

37) Exames de bioquímica: () Não realizado () Realizado **Data da coleta:** ____/____/____ **Resultados:**
Ureia (mg/dl): _____ **Creatinina (mg/dl):** _____ **TGO (mg/dl):** _____ **TGP (mg/dl):** _____ **Neutrófilos (células/mm³)** _____

38) Exame direto*: () Não realizado **Resultado:** () Negativo () Positivo () Em andamento **Data da coleta:** ____/____/____
Tipo de material coletado: () Sangue () Secreção () Escarro () Lavado Brônquico () Tecido ou Fragmento () Líquor () Urina () Outro
Em caso de secreção, tecido ou outro, especifique: _____

39) Exame de cultura*: () Não realizado **Resultado:** () Negativo () Positivo () Em andamento **Data da coleta:** ____/____/____
Tipo de material coletado: () Sangue () Secreção () Escarro () Lavado Brônquico () Tecido ou Fragmento () Líquor () Urina () Outro
Em caso de secreção, tecido ou outro, especifique: _____

40) Histopatológico/citopatológico: () Não realizado **Resultado:** () Negativo () Positivo () Em andamento
Data da coleta: ____/____/____ **Tipo de material coletado:** () sangue () secreção () escarro () lavado brônquico
() tecido ou fragmento () líquido () urina () outro Em caso de secreção, tecido ou outro, especifique: _____

41) Biologia molecular: () Não realizado **Resultado:** () Negativo () Positivo () Em andamento **Data da coleta:** ____/____/____
Tipo de material coletado: () Sangue () Secreção () Escarro () Lavado Brônquico () Tecido ou Fragmento () Líquor () Urina () Outro
Em caso de secreção, tecido ou outro, especifique: _____ **Especificar o exame de biologia molecular:** () PCR () Outro _____

42) Exame imunodiagnóstico*: () Não realizado
Resultado: () Negativo () Positivo () Em andamento **Data da coleta:** ____/____/____
Tipo de material coletado: () Sangue () Secreção () Escarro () Lavado Brônquico () Tecido ou Fragmento () Líquor () Urina () Outro
Em caso de secreção, tecido ou outro, especifique: _____
Especificar o exame imunodiagnóstico: () Imunodifusão () Contraímunoelctroforese () Elisa () Fixação de complemento () Galactomanana
() Latex () LFA (Lateral Flow Assay) () Western blot () Outro _____

43) Raio X*: () Não realizado
Resultado: () Suspeito () Normal () Outra patologia **Data do resultado:** ____/____/____
Descrição*: _____

44) Tomografia: () Não realizado () Suspeito () Normal () Outra patologia **Data do resultado:** ____/____/____
Descrição*: _____

45) Ressonância magnética*: () Não realizado () Suspeito () Normal () Outra patologia **Data do resultado:** ____/____/____
Descrição*: _____

46) Ultrassom*: () Não realizado () Suspeito () Normal () Outra patologia **Data do resultado:** ____/____/____

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA		
47) Conclusão diagnóstica* (selecionar até duas, sendo a segunda de preenchimento não obrigatório) () Aspergilose () Candidíase sistêmica () Coccidioidomicose () Criptococose () Cromoblastomicose () Esporotricose () Fusariose () Histoplasmose () Doença de Jorge Lobo () Micetomas () Mucormicose () Paracoccidioidomicose () Feohifomicose () Pneumocistose () Hialohifomicose () Trichosporonose () Prototecose () Infecção fúngica não especificada () Outras infecções fúngicas: _____		
47.1) Agente etiológico**:		
Aspergilose () <i>Aspergillus</i> sp () <i>Aspergillus fumigatus</i>	Candidíase sistêmica () <i>Candida</i> sp () <i>Candida albicans</i> () <i>Candida auris</i> () <i>Candida glabrata</i> () <i>Candida parapsilosis</i> () <i>Candida tropicalis</i> () <i>Candida krusei</i>	Coccidioidomicose () <i>Coccidioides</i> sp () <i>Coccidioides immitis</i> () <i>Coccidioides posadasii</i>
Criptococose () <i>Cryptococcus</i> sp () <i>Cryptococcus neoformans</i> var. <i>neoformans</i> () <i>Cryptococcus neoformans</i> var. <i>gatti</i>	Cromoblastomicose () <i>Fonsecaea pedrosoi</i> () Outra: _____	Esporotricose () <i>Sporothrix</i> sp () <i>Sporothrix schenckii</i> () <i>Sporothrix brasiliensis</i> () <i>Sporothrix globosa</i> () <i>Sporothrix mexicana</i>
Fusariose () <i>Fusarium</i> sp () <i>Fusarium oxysporum</i> () <i>Fusarium solani</i> () <i>Fusarium moniliforme</i> () <i>Fusarium proliferatum</i>	Histoplasmose () <i>Histoplasma</i> sp () <i>Histoplasma capsulatum</i>	Doença de Jorge Lobo () <i>Lacazia loboi</i> (<i>Paracoccidioides lobogorgii</i>)
Mucormicose () <i>Rhizopus</i> sp () <i>Rhizomucor</i> sp () <i>Mucor</i> sp () Outra: _____	Paracoccidioidomicose () <i>Paracoccidioides</i> sp () <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> () <i>Paracoccidioides lutzii</i>	Feohifomicose () <i>Wangiella</i> sp () <i>Exophiala</i> sp () <i>Cyphellophora</i> sp () <i>Curvularia</i> sp () <i>Alternaria</i> sp Outra: _____
Micetomas () <i>Scedosporium</i> sp () <i>Pyrenochaeta</i> sp () <i>Madurella</i> sp () Outra: _____	Hialohifomicose () <i>Paecilomyces</i> sp () <i>Purpureocillium lilacinum</i> Outra: _____	Pneumocistose () <i>Pneumocystis jirovecii</i> Outra: _____
Trichosporonose () <i>Trichosporon</i> sp	Prototecose () <i>Prototheca</i> sp	Infecção fúngica não especificada () não definido () outros _____
Outras infecções fúngicas Informar espécie e/ou gênero: _____		
INFORMAÇÕES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS		
48) Doença relacionada ao trabalho*: () Sim () Não () Ignorado	49) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reingresso após abandono () Recidiva/reinfecção () Não sabe () Reentrada após mudança de esquema de tratamento	50) Data dos primeiros sintomas*: ____/____/____
51) Provável Fonte de infecção*: () Excreta de morcego () Excreta de aves () Animal doméstico domiciliado () Animal doméstico não domiciliado () Animal selvagem () Contato com solo/ambiente suspeito () Contato com material vegetal () Relacionada a assistência à saúde () Ignorado		
52) Forma clínica (selecionar no máximo duas formas clínicas, a segunda forma não é obrigatória)*: () Pulmonar () SNC () Cutânea () Linfocutânea () Linfática () Subcutânea () Disseminada () Óssea () Ocular () Mucosa () Mucocutânea () Seios paranasais () Gastrointestinal () Rino-órbito-cerebral/Rino-órbital () Renal () Hepática () Adrenal () Outra _____		
TRATAMENTO ANTERIOR		
53) Utilizou tratamentos anteriores*: () Sim () Não () Ignorado	53.1) Medicamentos anteriores: () Anfotericina B desoxicolato () Anfotericina B lipossomal () Anidulafungina () Associação sulfametoxazol/trimetoprim () Complexo lipídico de anfotericina B () Caspofungina () Clofazimina () Dapsona () Flucitosina () Fluconazol () Isavuconazol () Itraconazol () Micafungina () Posaconazol () Solução saturada de iodeto de potássio () Sulfadiazina () Terbinafina () Voriconazol	
TRATAMENTO		
54) Estado do tratamento*:	55) Regional de Saúde (CIR)*:	56) Município do tratamento*:
57) Unidade de saúde do tratamento*: 57.1) Tipo de leito: () Leito SUS () Leito privado	58) Nome do médico assistente*:	59) Telefone do médico*: () _____-_____
60) CRM do médico(a) assistente:	61) UF do CRM:	62) Realizará tratamento*: () Sim () Não

Se 62) Sim 62.1 Tratamento ofertado pelo Ministério da Saúde: * () Não () Sim		Se 62.1 (Não) 62.1.1: Descrição do tratamento:	62.1.2: Duração dias: *
Se 62 Sim 62.2) Regime de tratamento *:			
Regimes de tratamento pré-definidos			
() Meningite criptocócica e outras formas de neurocripto (60 a 68kg)		() Esporotricose cutânea fixa, linfocutânea ou cutânea disseminada (> 40Kg)	
() Criptococose Pulmonar (60 a 68kg)		() Esporotricose disseminada SEM acometimento do SNC (60 a 68Kg)	
() Histoplasmoose Pulmonar leve e moderada (> 40Kg)		() Esporotricose disseminada COM acometimento do SNC (60 a 68Kg)	
() Histoplasmoose Pulmonar aguda grave (60 a 68Kg)		() Paracoccidioidomicose Leve (> 40Kg)	
() Histoplasmoose Pulmonar Crônica (> 40Kg)		() Paracoccidioidomicose Moderada (60 a 68 kg)	
() Histoplasmoose Disseminada SEM acometimento do SNC (60 a 68Kg)		() Paracoccidioidomicose Grave COM comprometimento do SNC (60 a 68Kg)	
() Histoplasmoose Disseminada COM acometimento do SNC (60 a 68Kg)		() Paracoccidioidomicose Grave SEM comprometimento do SNC (60 a 68Kg)	
Caso não selecione um pré-definido ou tenha alterado a Qtde ou duração do regime pré-definido, descreva nos campos abaixo:			
Medicação **	Dias de tratamento **	Dose unitária **	Frequência **
ENCERRAMENTO			
63) Situação de encerramento: () Cura/Tratamento completo () Abandono () Suspenso por reação adversa ou resistência ao medicamento () Óbito pela doença notificada () Óbito por outra causa () Transferência para outro país () Mudança de diagnóstico () Mudança de esquema de tratamento			
64) Data do fim do tratamento: ____/____/____			
RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO			
65) Nome do profissional *:		66) Função *:	
67) UF de notificação *:	68) Município de notificação *:	69) Unidade de saúde da notificação *:	
70) Observação:			

Legenda: * Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior