

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo **MENOR DE 06 MESES** que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: Tosse paroxística; Guincho inspiratório; Vômitos pós-tosse; Cianose; Apnéia; Engasgo. **OU** Todo indivíduo **MAIOR OU IGUAL A 06 MESES** que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: Tosse paroxística; Guincho inspiratório; Vômitos pós-tosse **OU todo indivíduo que apresente tosse, em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial.**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença COQUELUCHE	3 Data da Notificação Código (CID10) A 37.9
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência
	Código (IBGE)	
	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	Código	
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinela? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado		
	35 Nome do Contato		
36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)			
Dados Clínicos	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado		
	38 Data da Última Dose		
39 Data do Início da Tosse			
40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Tosse <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/>			
41 Complicações 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/>			

