República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SIVEP
SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NOTIFICAÇÃO DE CASO MALÁRIA

1 Nº da Notificação:

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

2 Data da Notificação:

3 Tipo de Detecção: 1-Passiva 2-Ativa

4 Sintomas: 1-Com sintomas 2-Sem sintomas

5 UF Notificação:

6 Município da Notificação:

7 Cód.Mun. Notificação:

8 Unidade Notificante:

9 Código da Unidade:

10 Nome do Agente Notificante:

11 Código do Agente:

DADOS DO PACIENTE

12 Nome do Paciente:

13 Nº Cartão Nacional de Saúde:

14 Data de Nascimento:

15 Idade: Dia / Mes / Ano

16 Sexo: M- Masculino F- Feminino

17 Paciente é gestante? 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica

18 Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF 2-4ª série completa do EF 3-5ª a 8ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Educação superior incompleto 8-Educação superior completa 10-Não se aplica

19 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena

20 Nome da mãe:

21 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-Construção de estradas/barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros

22 Endereço do Paciente:

23 Outro País de Residência:

24 UF Residência:

25 Município de Residência:

26 Cód. Mun. Resid:

27 Localidade de Residência:

28 Cód.Localid. Resid:

29 Data dos Primeiros Sintomas:

30 Recebeu tratamento para malária vivax nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não

31 Recebeu tratamento para malária falciparum nos últimos 40 dias? 1-Sim 2-Não

LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO

32 Outro País Provável de Infecção:

33 UF Provável de Infecção:

34 Município Provável de Infecção:

35 Cód. Mun. Provável Infecção:

36 Localidade Provável de Infecção:

37 Cód. Localid. Prov. Infecção:

DADOS DO EXAME

38 Data do Exame:

39 Tipo de exame: 1-Gota espessa/Esfregaço 2-Teste rápido

40 Resultado do Exame: 1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- Ov; 11-Não F

41 Parasitos por mm^3:

42 Parasitemia em "cruzes".: 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes)

43 Outros Hemoparasitos Pesquisados: 1-Negativo 2-Trypanosoma sp. 3-Microfilária 4-Trypanosoma sp.+Microfilária 9-Não pesquisados

44 Nome do Examinador:

45 Cód Examinador:

TRATAMENTO

46 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária

1- Infecções pelo P. vivax ou P. ovale com cloroquina em 3 dias e primaquina em 7 dias (esquema curto);
2- Infecções pelo P. vivax, ou P. ovale com cloroquina em 3 dias e primaquina em 14 dias (esquema longo);
3- Infecções pelo P. malariae para todas as idades e por P. vivax ou P. ovale em gestantes e crianças com menos de 6 meses, com cloroquina em 3 dias;
4- Prevenção das recaídas frequentes por P. vivax ou P. ovale com cloroquina semanal em 12 semanas;
5- Infecções por P. falciparum com a combinação fixa de artemeter+lumefantrina em 3 dias;
6- Infecções por P. falciparum com a combinação fixa de artesunato+mefloquina em 3 dias;
7- Infecções por P. falciparum com quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e primaquina no 6º dia;
8- Infecções mistas por P. falciparum e P. vivax ou P. ovale com Artemeter + Lumefantrina ou Artesunato + Mefloquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias;
9- Infecções não complicadas por P. falciparum no 1º trimestre da gestação e crianças com menos de 6 meses, com quinina em 3 dias e clindamicina em 5 dias;
10- Malária grave e complicada pelo P. falciparum em todas as faixas etárias;
11- Infecções por P. falciparum com a combinação fixa de artemeter+lumefantrina em 3 dias e primaquina em dose única;
12- Infecções por P. falciparum com a combinação fixa de artesunato+mefloquina em 3 dias e primaquina em dose única;
99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever:

47 Data Início do Tratamento:

SMS-UF MUNICÍPIO

12 Nome do Paciente:

15 Idade:

1 Nº da Notificação

38 Data do Exame

40 Resultado do Exame

44 Nome do Examinador:

Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente