

# NOTA TÉCNICA

## FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CHAGAS (PARASITOLÓGICO E SOROLÓGICO)

05/05/2022



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# APRESENTAÇÃO

A Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (COVAT) e a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP), por meio da Célula de Vigilância Entomológica e Controle de Vetores (CEVET) e Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEP), vêm apresentar esta Nota Técnica sobre o fluxograma para a realização do diagnóstico da doença de Chagas (parasitológico e sorológico).

A doença de Chagas representa uma condição infecciosa (com fases aguda e crônica), cujo agente etiológico é o protozoário *Trypanosoma cruzi*. Os principais mecanismos de transmissão são: oral, transfusional, transplante de órgãos, transplacentária e vetorial.

No Brasil, encontra-se entre as quatro principais causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias. Entre as doenças tropicais negligenciadas, é a que possui a maior carga de morbimortalidade.

O diagnóstico etiológico da doença de Chagas no Brasil deve ser realizado em todos os casos suspeitos, tanto na fase aguda quanto na crônica. Dessa forma, o objetivo desta Nota Técnica é orientar os profissionais da Atenção Primária em Saúde para oportunizar atendimento adequado à população sob risco de contrair a infecção pelo *T. cruzi*.

**Governadora do Estado do Ceará**  
Maria Izolda Cela Arruda Coelho

**Secretário da Saúde do Ceará**  
Marcos Antonio Gadelha Maia

**Secretária Executiva de Vigilância em Saúde e Regulação**  
Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes

**Coordenadora de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**  
Roberta de Paula Oliveira

**Orientador da Célula de Vigilância Entomológica e Controle de Vetores**  
Luiz Osvaldo Rodrigues da Silva

#### **Elaboração:**

Claudia Mendonça Bezerra  
Kiliana Nogueira Farias da Escóssia  
Francisca Samya Silva de Freitas  
Alice Maria Tavares Cavalcante  
Fabíola Maria de Girão Lima  
Rosimary da Silva Barbosa

#### **Revisão:**

Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante  
Raquel Costa Lima de Magalhães  
Vivian da Silva Gomes

#### **Foto:**

Cyro José



**CEARÁ**  
**GOVERNO DO ESTADO**

SECRETARIA DA SAÚDE

## CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os exames parasitológicos para a doença de Chagas são os mais recomendados na fase aguda, definida pela presença de parasitos circulantes, demonstráveis no exame direto do sangue periférico. E como tal, podem e devem ser amplamente utilizados por laboratórios de análises clínicas básicas municipais e regionais.

A oportunidade do achado parasitológico é complexa, exigindo a realização simultânea de diferentes exames parasitológicos, em datas diferentes, conforme evolução clínica ou desaparecimento dos sintomas e associados aos exames sorológicos de rotina. A proximidade geográfica entre o profissional habilitado e o paciente é um quesito fundamental no processo de investigação de um caso suspeito de doença de Chagas aguda.

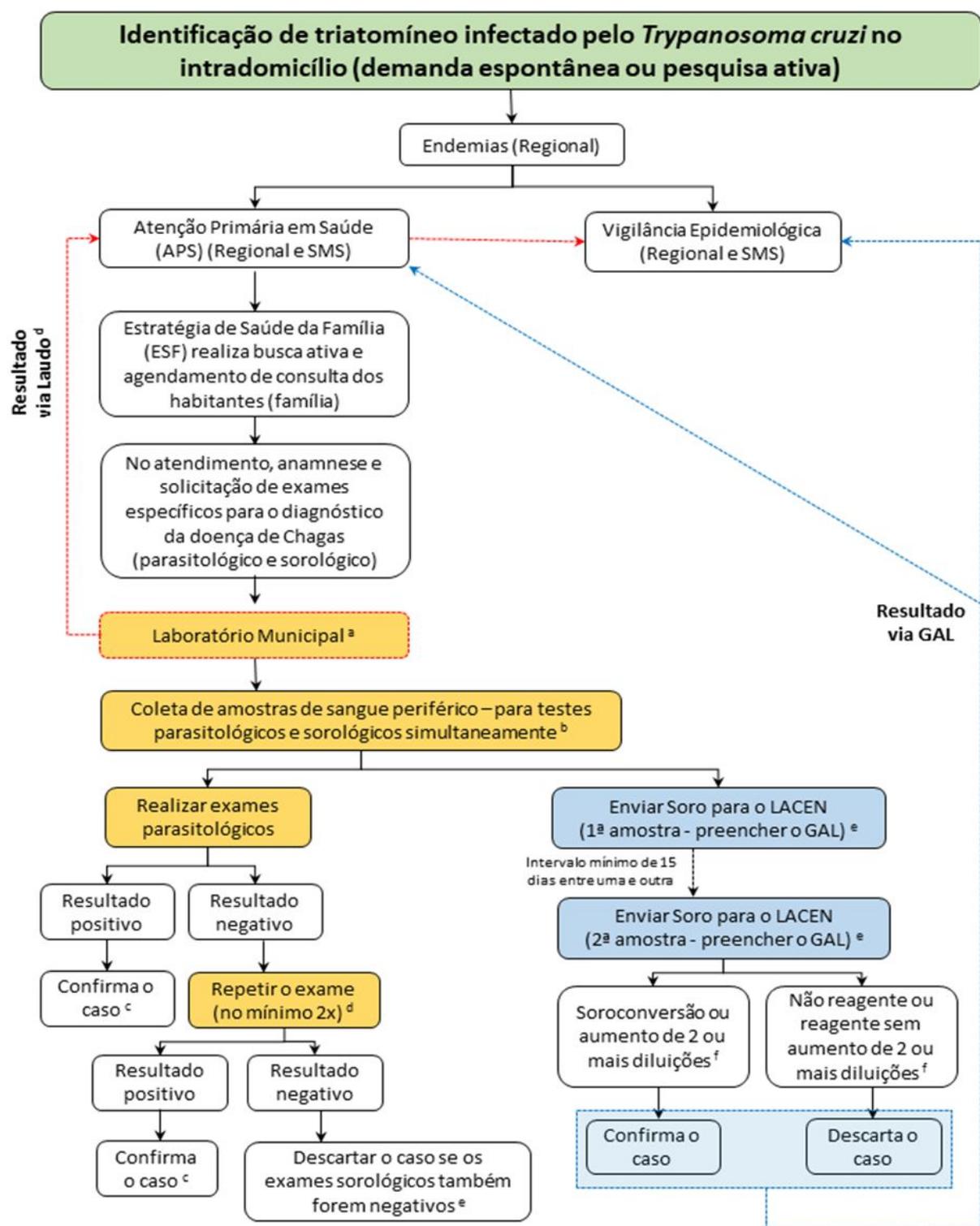
Fortalecer a descentralização desses testes é proporcionar à população sob risco de transmissão do *T. cruzi* e aos profissionais da Rede a realização do diagnóstico correto e oportuno no território, visando a intervenção diante da ocorrência de novos casos.

Para o avanço na consolidação da vigilância da doença de Chagas no Sistema Único de Saúde, fazem-se necessárias ações de controle sustentáveis às quais devem incluir promoção, prevenção e atenção integral à saúde para diagnóstico e tratamentos oportunos. Assim, os fluxogramas aqui propostos visam a ampla divulgação junto aos Serviços de Saúde, em especial, à Atenção Primária à Saúde municipal / regional quanto à disponibilidade de profissionais aptos a realizarem o diagnóstico parasitológico da doença de Chagas.

### OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1) Proceder a investigação epidemiológica oportuna de todos os casos agudos, visando identificar a forma de transmissão e, conseqüentemente, adotar medidas adequadas de prevenção e controle.
- 2) Monitorar a infecção por *T. cruzi* na população humana, com programas de rastreamento na atenção primária, inquéritos sorológicos periódicos e estatísticas das testagens de bancos de sangue.
- 3) Monitorar o perfil de morbi-mortalidade.
- 4) Manter eliminada a transmissão vetorial por *T. infestans* e, sob controle, as outras espécies importantes na transmissão humana da doença.
- 5) Incorporar ações de vigilância sanitária, ambiental, de vetores e reservatórios de forma integrada com as ações de vigilância epidemiológica.

Figura 1 - Fluxograma de Investigação a partir da identificação de triatomíneos intradomiciliares infectados por *Trypanosoma cruzi*



<sup>a</sup> Atenção ao horário de funcionamento e disponibilidade do(a) profissional capacitado(a). Observar o período de incubação e sintomas.

<sup>b</sup> Conforme Guia de Vigilância Epidemiológico.

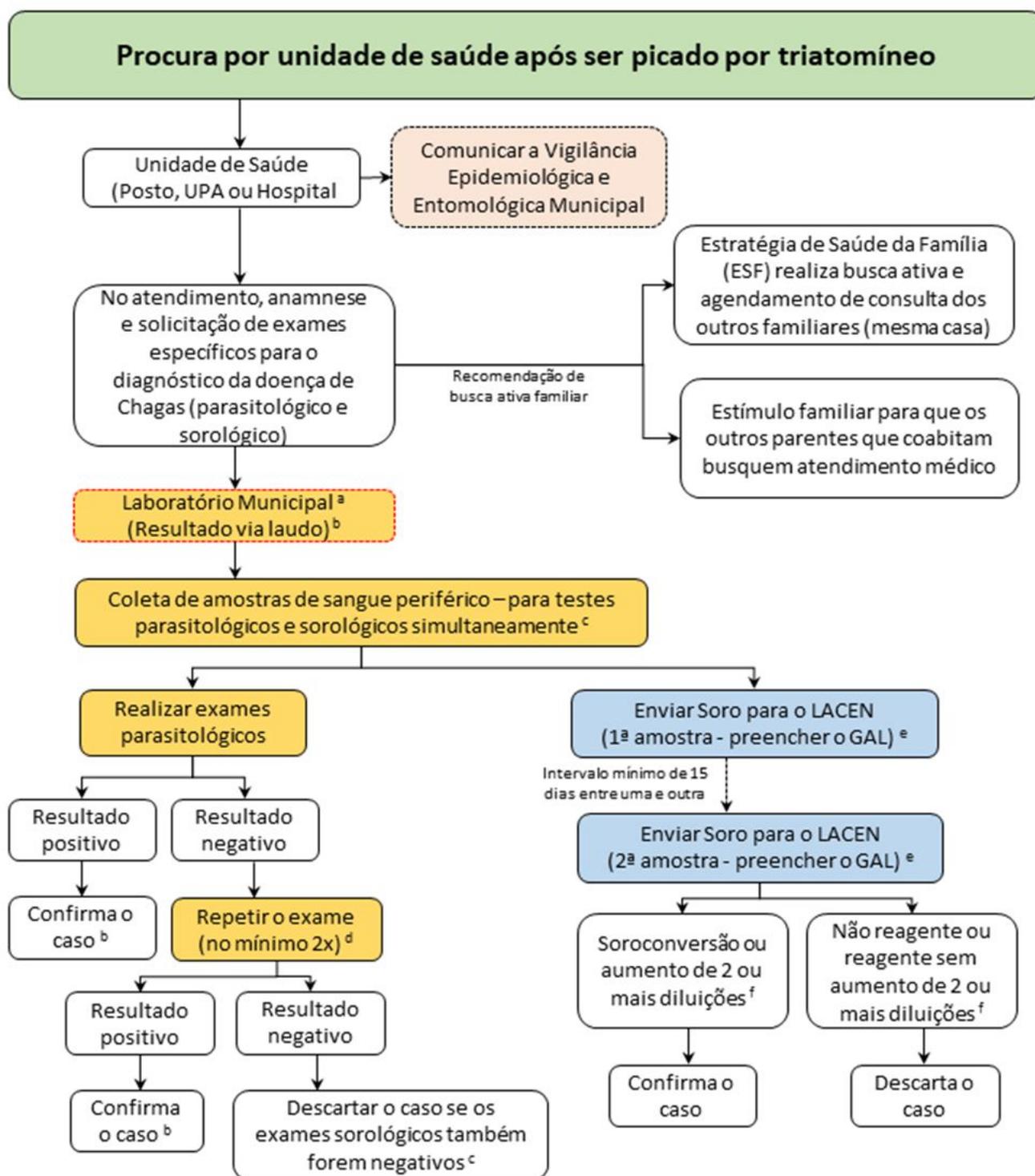
<sup>c</sup> Ver sugestão de modelo de laudo a ser utilizado

<sup>d</sup> Recomenda-se novas coletas no intervalo máximo de 48hs entre si, preferencialmente se existir febre.

<sup>e</sup> A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas.

<sup>f</sup> Exemplo de reagente com duas ou mais diluições: 1ª amostra com valor de títulos 1:80 e 2ª amostra com valor de títulos 1:320.

Figura 2 – Fluxograma da Procura Espontânea ao Serviço de Saúde Após Ser Picado por Triatomíneo



<sup>a</sup> Atenção ao horário de funcionamento e disponibilidade do(a) profissional capacitado(a). Observar o período de incubação e sintomas.

<sup>b</sup> Ver sugestão de modelo de laudo a ser utilizado.

<sup>c</sup> Conforme Guia de Vigilância Epidemiológica.

<sup>d</sup> Recomenda-se novas coletas no intervalo máximo de 48hs entre si, preferencialmente se existir febre.

<sup>e</sup> A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas. Os exames realizados via LACEN devem ter o formulário do GAL preenchido adequadamente para envio e resultado.

<sup>f</sup> Exemplo de reagente com duas ou mais diluições: 1ª amostra com valor de títulos 1:80 e 2ª amostra com valor de títulos 1:320.

Figura 3 - Modelo de Laudo para Diagnóstico Parasitológico da Doença de Chagas

Paciente	Data de nascimento
CPF	CNS
Endereço	Município
Data da coleta	Data do início de sintomas

<input type="checkbox"/> 1ª amostra	<input type="checkbox"/> 2ª amostra	<input type="checkbox"/> 3ª amostra	<input type="checkbox"/> 4ª amostra
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Resultado:

<input type="checkbox"/>	Foram visualizadas formas de <i>Trypanosoma cruzi</i>
<input type="checkbox"/>	Não foram visualizadas formas de <i>Trypanosoma cruzi</i>

Técnicas realizadas:

<input type="checkbox"/>	Exame a fresco
<input type="checkbox"/>	Gota espessa
<input type="checkbox"/>	Esfregaço sanguíneo
<input type="checkbox"/>	Strout
<input type="checkbox"/>	Microhematócrito
<input type="checkbox"/>	Creme Leucocitário

**Observação 1:** Apesar de não ter sido evidenciado formas de *Trypanosoma cruzi* na amostra, recomenda-se novas coletas no intervalo máximo de 48hs entre si, preferencialmente se existir febre.

**Observação 2:** Detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG – para confirmação, são necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 a 21 dias entre uma e outra.

**Observação 3:** O resultado parasitológico negativo, não exclui a possibilidade de infecção pelo parasita. Somente seu médico poderá interpretar o resultado, levando em consideração a solicitação de exames complementares e diagnóstico clínico.

Data de liberação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

\*Laudo criado e validado durante as capacitações regionais.

No Quadro 1 estão listados os nomes dos profissionais capacitados para o diagnóstico parasitológico da doença de Chagas, de acordo com a instituição de origem.

Quadro 1. Unidades da Rede LACEN-CE Responsáveis pelo Diagnóstico Parasitológico da Doença de Chagas (Continua...)

Instituição	Profissionais capacitados
<b>Superintendência da Região de Fortaleza</b>	<b>22</b>
LACEN Central (Fortaleza)	Benedita Maria Frota Barroso
	Carlos Assao Shiki
	Francisca Teresinha Cisne Tomaz
	Mirna de Moura Gondim
	Roselene Porto Figueiredo
	Bernadete Maia Mendes
	Cleane Machado de Lima Sales
Hospital São José (HSJ/Fortaleza)	Vânia Maria Oliveira Pontes
	Rejane Moraes Falcão
	André Luís Menezes Lopes
Hospital Geral de Fortaleza (HGF/Fortaleza)	Maely Goes de Sousa
Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS/Fortaleza)	Vânia Feijó Cordeiro
	Maria Júlia da Silva
Laboratório da doença de Chagas da Faculdade de Farmácia vinculado ao Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC/Fortaleza)	Alana Carla da Costa
	Maria de Fátima Oliveira
	Sônia Garcia Monteiro

Quadro 1. Unidades da Rede LACEN-CE Responsáveis pelo Diagnóstico Parasitológico da Doença de Chagas  
(Continuação)

Instituição	Profissionais capacitados
<b>Superintendência da Região de Fortaleza</b>	<b>22</b>
Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha (HMAG Rocha – Caucaia)	Elcy Cardoso de Sousa Sales
	Djanira Rodrigues Soares
Hospital Municipal João Elísio de Holanda (HMJEH-Maraçaná)	Joana Karinny de França Carlos
Laboratório de Análises Clínicas do município de Baturité	Francisco Samuel G. Furtado
Laboratório de Análises Clínicas do município de Aracoiaba	Francisco Samuel G. Furtado
Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Cascavel	Nelson Guilherme Almeida Rocha
Coordenadoria de Itapipoca	Francisco Almeida Rocha
<b>Superintendência da Região do Cariri</b>	<b>5</b>
LACEN Juazeiro do Norte	Maria do Socorro de Lucena
	Larissa Stephany Oliveira Calado
	Irihane Lacerda de Vasconcelos
LACEN Crato	Wânia Sandra Bezerra de Brito
	Maria Solange Barreto Ribeiro
<b>Superintendência da Região Norte</b>	<b>2</b>
Hospital do Coração - Santa Casa de Misericórdia/Sobral	Ana Lúcia Mendes Prado
Laboratório de Análises Clínicas Dr. José Maria Leitão/Crateús	Luciana Menezes de Oliveira

Quadro 1. Unidades da Rede LACEN-CE Responsáveis pelo Diagnóstico Parasitológico da Doença de Chagas  
(Continuação)

<b>Superintendência da Região do Sertão Central</b>	<b>11</b>
Hospital Dr. Eudásio Barroso/Quixadá	Horácio Maia Carneiro
LACEN Senador Pompeu	João Eudes Azevedo Cavalcante
LACEN Tauá	Naiara da Costa Martins Loiola
	Arine Soares Carvalho Feitosa
Policlínica de Quixadá	Dumar Del Rio Almeida Nunes
Hospital Municipal de Ibaretama	Elton Castro Valetim
Clínica São Pedro/Choró	Francisco De Assis Pinheiro Paulino
Hospital Maternidade de Quixeramobim	Friedrich Engels Guedes Monteiro
Superintendência Regional do Sertão Central	Igor Daniel Barbosa Martins
Hospital Municipal de Pedra Branca	João Paulo Komarsson Magalhães Codeiro
Hospital Regional de Quixeramobim	Taynara Sousa Vieira
<b>Superintendência da Região do Litoral Leste/Jaguaribe</b>	<b>8</b>
Laboratório de Análises Clínicas do município de Russas	Alana Claudia Barbosa Barreto
Laboratório de Análises Clínicas do município de Limoeiro do Norte	Bárbara Joyce Claudino Silva Sousa
Laboratório de Análises Clínicas do município de Morada Nova	Emmanuel Gonçalves De Castro Andrade
Laboratório de Análises Clínicas do município de Alto Santo	Eriosvaldo Alves Moreira
Central de Abastecimento Farmacêutico de Jaguaruana	Luiz Arthur Da Silva
Hospital Municipal Joaquim Manoel de Oliveira/Quixeré	Márcio Medeiros Da Silva
Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes/Jaguaretama	Olivânia Gonçalves Segundo
Laboratório de Análises Clínicas do município de Palhano	Vandenberg Rodrigues De Sousa

## RECOMENDAÇÕES DE REFERÊNCIAS

Mais detalhes sobre o diagnóstico da doença de Chagas, acesse as Notas Técnicas com recomendações específicas para o tema:

**Diagnóstico da Doença de Chagas - Recomendações.** Disponível em:

[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota\\_tecnica\\_recomendacoes\\_doenca\\_chagas\\_16\\_09\\_2020-1.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_recomendacoes_doenca_chagas_16_09_2020-1.pdf)

**Fluxo de solicitação e liberação do Benznidazol para tratamento da Doença de Chagas.** Disponível em:

[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota\\_tecnica\\_liberacao\\_benznidazol\\_Chagas\\_RevKKSC\\_KMOB.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota_tecnica_liberacao_benznidazol_Chagas_RevKKSC_KMOB.pdf)

Leitura Essencial para o Bom Desenvolvimento da Vigilância da Doença de Chagas:

**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - Relatório de Recomendação.**

Disponível em:

[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio\\_PCDT\\_Doenca\\_de\\_Chagas.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf)

**II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.** Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ress/2016.v25nspe./7-86/pt/>

**Guia de Vigilância em Saúde.** Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia>

**Manual de coleta, acondicionamento e transporte de amostras.** Disponível em:

<http://www.lacen.ce.gov.br/>

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, DF. Capítulo 8: 465-492p., 725p., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 38 Supl 3:1-29, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública. Manual de coleta, acondicionamento e transporte de amostras para exames laboratoriais/(organizado por) Elza Gadelha Lima. (et al.) – 4ª. Ed. Fortaleza: SESA, 2017.

DIAS, J.C.P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 7-86, ISSN 1679-4974, 2016.

GADELHA, P; ARAÚJO-JORGE, T. Doença de Chagas: velha enfermidade, novos desafios. 2009. Correio Braziliense. 11/09/2009. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=2853&sid=4&tpl=printerview>>. Acesso em: 03/12/2011.

LUQUETTI, A.O.; RASSI, A. Diagnóstico laboratorial da infecção pelo Trypanosoma cruzi. In: Brener Z, Andrade Z, Barral-Netto M, editores. Trypanosoma cruzi e doença de Chagas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; p. 344-78, 2000.

MILES, M.A.. The discovery of Chagas disease: progress and prejudice. Infectious Disease Clinics North America, v. 8, p. 247-260, 2004.

SCHMUNIS, G.A. Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 102 (Suppl 1):75-85, 2007.

WHO. World Health Organization. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series n. 905. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Research priorities for Chagas disease, human African trypanosomiasis and leishmaniasis. World Health Organization, 2012.

WHO. World Health Organization. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report in neglected tropical diseases. Geneva: 2013.

**ANEXOS**



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# Anexo 1 - Ficha de Cadastro de Amostras do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL  
Requisição de Exame - Biologia Médica

REQUISIÇÃO	
1) Nº Requisição:	2) Unidade de Saúde (ou outra fonte):*
3) Município de Atendimento:	4) CNES:*
5) Código IBGE:*	6) UF:
7) CNS Prof. de Saúde:	8) Nome do Profissional de Saúde:*
9) Registro Conselho/Matrícula:*	10) Assinatura:
11) Data de Solicitação:*	12) Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado
13) Descrição:	
14) CNS do paciente:*	15) Nome do Paciente:*
16) Data de Nascimento:*	17) Idade:*
18) Sexo:*	19) Nacionalidade:
20) Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação	21) Etnia:
22) Nome da Mãe:	
23) Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	24) Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN
25) Endereço do paciente: (Rua, Avenida...)	26) Número:
27) Complemento do endereço:	28) Ponto de Referência:
29) Bairro:	
30) Município de Residência:*	31) Código IBGE:*
32) UF:	
33) CEP:	34) DDD / Telefone:
35) Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada	36) País (Se reside fora do Brasil):*
INFORMAÇÕES CLÍNICAS	
37) Agravo/Doença:	38) Data dos Primeiros Sintomas:
39) Idade Gestacional: 1 - 1º Trím. 2 - 2º Trím. 3 - 3º Trím. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado	40) Motivo:
41) Diagnóstico:	
42) Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	43) Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
44) Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado	
45) Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	46) Vacina?*
47) Data da Última Dose:	
NOTIFICAÇÃO SINAN	
48) Agravo/Doença de notificação do SINAN:	49) CID 10:*
50) Nº Notificação do SINAN:*	51) Data de Notificação:*
52) Unidade de Saúde Notificante:	53) CNES:*
54) Município de Notificação:	55) Código IBGE:*
56) UF:	
AMOSTRA / EXAME	
57) Exame Solicitado:*	58) Material Biológico:*
59) Localização:	60) Amostra:*
61) Data da coleta:*	62) Hora da coleta:
63) Usou medicamento antes da data da coleta?	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data início do uso:
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data início do uso:
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data início do uso:
DADOS COMPLEMENTARES	
64) Observações:	

# Anexo 2 - Ficha de Investigação de Caso Suspeito de Doença de Chagas Aguda do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) - Frente

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS AGUDA**

Nº

**CASO SUSPEITO:**

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

**CASO CONFIRMADO:**

a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.

b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença <b>DOENÇA DE CHAGAS AGUDA</b>		Código (CID10) B 57.1	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	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	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- 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		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	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)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
	Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)					
UF		Município			
34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		35 Data de encontro dos vestígios		36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado			
39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		40 Possibilidade de transmissão por via oral 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			

## Anexo 2 - Ficha de Investigação de Caso Suspeito de Doença de Chagas Aguda do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) - Verso

<b>Dados Clínicos</b>	<b>41</b> Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Edema de face/membros <input type="checkbox"/> Sinais de Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Poliadenopatia <input type="checkbox"/> Febre Persistente <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sinais de ICC <input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/Arritmias <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña <input type="checkbox"/> Outros _____																																																												
<b>Dados do Laboratório</b>	<b>Exames Realizados</b> <b>42</b> Data da coleta _____ <b>43</b> Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/> Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Strout/Microhematócrito/QBC <b>44</b> Data da coleta _____ <b>45</b> Parasitológico Indireto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/> Xenodiagnóstico <input type="checkbox"/> Hemocultivo <b>46</b> Data da coleta S1 _____ <b>47</b> Data da coleta S2 _____ <b>48</b> Resultado da Sorologia para ELISA <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">IgM</td> <td style="text-align: center;">IgG</td> </tr> <tr> <td>1 - Reagente</td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - Não-Reagente</td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Inconclusivo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>49</b> Resultado da Hemoaglutinação <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">IgM</td> <td style="text-align: center;">IgG</td> </tr> <tr> <td>1 - Reagente</td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - Não-Reagente</td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Inconclusivo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>50</b> Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">IgM</td> <td style="text-align: center;">Titulos</td> <td style="text-align: center;">IgG</td> <td style="text-align: center;">Titulos</td> </tr> <tr> <td>1 - Reagente</td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 : _____</td> <td style="text-align: center;">S1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 : _____</td> </tr> <tr> <td>2 - Não-Reagente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 - Inconclusivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 : _____</td> <td style="text-align: center;">S2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 : _____</td> </tr> </table> <b>51</b> Data da coleta do Histopatológico _____ <b>52</b> Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		IgM	IgG	1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>	2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>	3 - Inconclusivo			4 - Não Realizado				IgM	IgG	1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>	2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>	3 - Inconclusivo			4 - Não Realizado				IgM	Titulos	IgG	Titulos	1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____	2 - Não-Reagente					3 - Inconclusivo					4 - Não Realizado						S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____
	IgM	IgG																																																											
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>																																																											
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>																																																											
3 - Inconclusivo																																																													
4 - Não Realizado																																																													
	IgM	IgG																																																											
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>																																																											
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>																																																											
3 - Inconclusivo																																																													
4 - Não Realizado																																																													
	IgM	Titulos	IgG	Titulos																																																									
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S1 <input type="checkbox"/>	1 : _____																																																									
2 - Não-Reagente																																																													
3 - Inconclusivo																																																													
4 - Não Realizado																																																													
	S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____	S2 <input type="checkbox"/>	1 : _____																																																									
<b>Tratamento</b>	<b>53</b> Tipo de Tratamento <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Sintomático 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <b>54</b> Droga Utilizada no Tratamento Específico <input type="checkbox"/> 1 - Benznidazol 2 - Outro <b>55</b> Tempo de tratamento (em dias) _____																																																												
<b>Medidas de Controle</b>	<b>56</b> Medidas Tomadas 1 - Sim <input type="checkbox"/> Controle de Triatomídeos <input type="checkbox"/> Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório 2 - Não <input type="checkbox"/> Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia <input type="checkbox"/> Outros _____ 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado																																																												
<b>Conclusão</b>	<b>57</b> Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado <b>58</b> Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório <input type="checkbox"/> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico    1 - Vivo 2 - Óbito por D. Chagas Aguda 3 - Clínico    3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <b>60</b> Data do Óbito _____ <b>Modo/Local Provável da Fonte de Infecção</b> <b>61</b> Modo Provável da Infecção <input type="checkbox"/> 1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical <input type="checkbox"/> 4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra _____ 9 - Ignorada <b>62</b> Local Provável da Infecção (no período de 120 dias) <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado <b>63</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado <b>64</b> UF <b>65</b> País <b>66</b> Município    Código (IBGE) <b>67</b> Distrito <b>68</b> Bairro <b>69</b> Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <b>70</b> Data do Encerramento _____																																																												
<b>Observações</b> _____ _____ _____ _____																																																													
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde _____    Cód. da Unid. de Saúde _____ Nome _____    Função _____    Assinatura _____																																																												



# CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE