



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
ASSESSORIA DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE ZONÓSES E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE ESPOROTRICOSE HUMANA - CID 10: B42

Paciente com lesão única ou múltiplas lesões cutâneas em trajeto de vasos linfáticos ou não, e que apresente história epidemiológica de contato com gato, cão ou outro animal, ou manipulação de matéria orgânica (solo, terra, jardim, plantas) previamente ao aparecimento das lesões.

I - Dados Gerais:

Data da Notificação: ____/____/____ N° SINAN: _____ UF de Notificação: _____

Município de Notificação / Código IBGE: _____

Unidade Notificante / CNES: _____

II - Identificação do paciente:

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Gestante/Trimestre: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço de Residência (Nome do Logradouro (rua, avenida, estrada) seguido de número e complemento):

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Ocupação: _____

III - Investigação do Caso

Data da Investigação: ____/____/____ Data início dos sintomas: ____/____/____

Tipo de Entrada:

Caso novo Recidiva Retorno após interrupção do tratamento Ignorado

Forma clínica:

Não especificada Cutânea Localizada Cutânea Linfática Cutânea Mucosa Mucosa

Cutânea disseminada (sem evidência clínica de acometimento sistêmico) Extrategumentar

Se extrategumentar, quais órgãos acometidos: Pulmonar Ocular Osteoarticular SNC

Extrategumentar em outras localizações Quais: _____

Comorbidades:

Nenhuma Alcoolismo Desnutrição Diabetes Mellitus Hepatite HIV/AIDS

Outras Comorbidades Quais: _____

Tratamento Atual para Comorbidades:

Quimioterápicos Corticosteroides Imunossupressor Estatinas Outros Quais: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
ASSESSORIA DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE ZONÓSES E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

Classificação Final: Confirmado Descartado Ignorado

Critério de confirmação/descarte:

Laboratorial Clínico Clínico-epidemiológico Clínico-laboratorial Ignorado

Tipo de Exame Laboratorial:

Cultivo Histopatológico Micológico Direto Sorológico

Tratamento da Esporotricose:

Nenhum Iodeto de potássio Itraconazol Fluconazol Terbinafina Anfotericina B
Calor Local Outros Quais: _____

Data do Início do Tratamento: ____/____/____

Data do Final do Tratamento: ____/____/____

Evolução:

Cura clínica Sem alteração Piora Clínica Óbito por Esporotricose Óbito por outras causas

IV- História Epidemiológica

História de Contato com Animal:

Sim Não Ignorado **Se sim, qual animal:** Gato Cão Outros Quais? _____

Se sim, qual o estado de saúde do animal: Sadio Doente Ignorado

Se Animal Doente: Tratado ou em Tratamento Morto ou Desaparecido

Origem do animal: Próprio Vizinhos Familiares ou Amigos De rua

Em caso de animal de familiares ou de rua informar bairro/município/UF ou endereço/CEP:

História de Trauma com Animal: Sim Não Ignorado **Se sim, tipo de trauma:** Mordida Arranhadura

História de Contato ou Manipulação de Solo/Terra/Jardim/Plantas: Sim Não Ignorado

Em caso de manipulação de solo/terra/jardim/plantas informar bairro/município/UF ou endereço/CEP:

Data do Encerramento: ____/____/____

Observações: _____

Nome do Investigador: _____ **Função:** _____

Telefone de contato: () _____ **Município de Investigação:** _____