

ANEXO IV

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE VARICELA GRAVE

Definição de Caso Grave de Varicela

Todo caso confirmado clinicamente de varicela, ou seja, paciente com febre e lesões polimorfas (pápulas, vesículas, pústulas, crostas), que tenha sido hospitalizado e/ou evoluiu com complicações ou óbito.

Data da Notificação: ____/____/____

Data da Investigação: ____/____/____

Unidade Notificante: _____ Município: _____

I - Identificação do paciente:

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Dt de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Raça/Cor: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço de Residência: _____ Bairro: _____

Município: _____ Tel. de contato: () _____

II - Investigação devido a:

() **Óbito** : data ____/____/____ Local: _____

() **Internação**: Local: _____ Município: _____

Data internação: ____/____/____ Data alta: ____/____/____

() **Complicações:**

Cutâneas: () Abscesso () Celulite () Erisipela () Impetigo

() Outras: _____

Respiratórias () Pneumonia primária () Pneumonia Bacteriana

() Outras: _____

Neurológicas: () Encefalite () Cerebelite () Meningite () Ataxia

() Outras: _____

Outras complicações:

() Artrite () Endocardite () Glomerulonefrite

() Septicemia () Síndrome de Reye () Hepatite

() Outras: _____

III - Recém Nascido:

Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas Peso ao nascer: _____ g

() Recém nascido de mãe com Varicela nos 05 últimos dias de gestação ou até 48 h depois do parto

() Varicela adquirida após o nascimento

() Varicela congênita – alterações em: () membros () neurológicas

() Oftalmológicas () Outras: _____

IV - Paciente Imunodeprimido devido a:

- () Imunodeficiência adquirida – HIV/AIDS
() Imunodepressão por neoplasia
() Imunodepressão por quimioterapia/radioterapia
() Imunodepressão por uso de corticóides/imunossupressores
motivo do uso: _____
() Deficiência nutricional
() Imunodepressão por doenças auto-imunes: _____
() Outras Causas: _____

V-Fatores de risco:

- () Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Neoplasia
() Doença neurológica crônica () DPOC () Uso de imunossupressores
() Outros _____

VI- Vacinação anti-varicela anterior:

- () Não () Sim - Data: ____/____/____

VII - Medidas de controle:

Imunoglobulina em contatos: Não () Sim () Se SIM, descreva qual tipo:

- () Domiciliar () Creche, escola () Trabalho () Hospital

Realizada vacinação de bloqueio: () Não () Sim: onde e número de doses aplicadas: _____

Resumo do caso: _____

Nome do Investigador: _____ Função: _____

Tel de contato: () _____ Município: _____