

43	Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado? (Se 39 = não) __ Sim __ Não		
44	Estado do Hospital/Serviço Especializado __ __	45	Município: _____
46	Qual Hospital/Serviço Especializado? _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
47	Exames complementares - Preencher: 1 – Alterado 2 - Normal 3 - Não realizado __ Eletrocardiograma __ RX tórax __ RX colón __ RX esôfago __ Ecocardiograma __ Outros _____		
48	Comorbidades: (marcar X) __ HIV/aids __ Hipertensão __ Hepatite crônica __ Diabetes __ Cardiopatia de outra etiologia __ Neoplasias/Outras condições de imunossupressão __ Leishmanioses __ Outras _____		
49	Forma clínica: __ Indeterminada __ Digestiva (marcar X) __ Cardíaca leve/moderada __ Cardiodigestiva __ Cardíaca avançada __ Em investigação	50	Ocorreu episódio de reativação (reagudização)? __ Sim __ Não
51	Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol? (marcar X) __ Sim __ Não		
52	Prescrições atuais - Tratamento Específico: 1ª Linha: Benznidazol (BNZ): __ Sim __ Não 2ª Linha: Nifurtimox (NFX) : __ Sim __ Não	Total de comprimidos BNZ: __ __ __ __ NFX: __ __ __ __	nº dias de TTº BNZ: __ __ __ NFX: __ __ __
53	Apresentou reações adversas? (marcar x) __ Sem reações __ Dermopatia leve/moderada __ Dermopatia grave __ Ageusia __ Parestesias __ Depressão medula óssea __ Intolerância gastrointestinal __ Artralgias __ Outras _____		
54	Nº de Familiares com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas: __ __		
55	Realizada busca ativa? __ Sim __ Não (se sim, preencher campos 56-58) →	56	Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas: __ __ Se sem informação (marcar x) → []
		57	Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa: __ __ / Sem inf []
		58	Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa __ __ / Sem inf []
59	Transferência? __ Sim __ Não Novo Estado de residência: __ __ Município de Residência: _____ UBS de Acompanhamento: _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
60	Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? __ Sim __ Não Estado do Ambulatório Especializado ou Hospital: __ __ Município: _____ Nova unidade de acompanhamento: _____ Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
61	Situação de encerramento: (marcar X) __ Permanece em acompanhamento clínico __ Abandono __ Óbito por D. Chagas __ Em aberto __ Óbito por outras causas __ Cancelado/Excluir	62	Data do Óbito: ____/____/____
		63	Data do Encerramento: ____/____/____
Profissional Responsável: _____		Registro Conselho/Matrícula: __ __ __ __ __ __	

Tela Busca ativa

Notificação caso índice	Nome familiar	Parentesco [1]Sogro (a); [2]Pai/Mãe; [3] Marido/Mulher; [4]Irmão (ã); [5]Cunhado (a); [6]Filho (a); [7]Filho (a) recém-nascido; [8]Enteado (a); [9]Sobrinho (a); [10]Vô (ó); [11]Tio (a); [12]Primo (a).	CPF	Confirmado para Chagas	Nº Notificação se confirmado No caso de Filho (a) recém-nascido, ele (a) já deve ser inserido como suspeito de fase aguda no SINAN
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	
Preenchimento automático				__ Sim __ Não	

Observações: _____

