

PROTOCOLO DE DIFTERIA

DIFTERIA

CID 10: A36

Descrição

Doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por apresentar placas pseudomembranosas típicas.

Agente etiológico

Corynebacterium diphtheriae, bacilo gram-positivo, produtor da toxina diftérica, quando infectado por um fago específico.

Reservatório

O principal é o próprio doente ou o portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo, pela maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A via respiratória superior e a pele são locais habitualmente colonizados pela bactéria.

Modo de transmissão

Ocorre pelo contato direto de pessoa doente ou portadores com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Em casos raros, pode ocorrer a contaminação por fômites. O leite cru pode servir de veículo de transmissão.

Período de incubação

Em geral, de 1 a 6 dias, podendo ser mais longo.

Período de transmissibilidade

Em média, até duas semanas após o início dos sintomas. A antibioticoterapia adequada elimina, na maioria dos casos, o bacilo diftérico da orofaringe, 24 a 48 horas após sua introdução.

O portador pode eliminar o bacilo por 6 meses ou mais, motivo pelo qual se torna extremamente importante na disseminação da difteria.

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária, que protegem o bebê nos primeiros meses de vida, ou através de infecções inaparentes atípicas, que conferem imunidade em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser adquirida ativamente pela vacinação com toxoide diftérico.

A proteção conferida pelo soro antidiftérico (SAD) é temporária e de curta duração (em média, duas semanas). A doença normalmente não confere imunidade permanente, devendo o doente continuar seu esquema de vacinação após a alta hospitalar.

Manifestações clínicas

A presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, aderentes, que se instalam nas amígdalas e invadem estruturas vizinhas, é a manifestação clínica típica. Essas placas podem-se localizar na faringe, laringe e nas fossas nasais, e, com menos frequência, também são observadas na conjuntiva, pele, conduto auditivo, vulva, pênis (pós-circuncisão) e cordão umbilical.

A doença se manifesta clinicamente por comprometimento do estado geral do paciente, que pode se apresentar prostrado e pálido. A dor de garganta é discreta, independentemente da localização ou quantidade de placas existentes, e a febre normalmente não é muito elevada, variando de 37,5 a 38,5°C, embora temperaturas mais altas não afastem o diagnóstico.

Nos casos mais graves, há intenso edema do pescoço, com grande aumento dos gânglios linfáticos dessa área (pescoço taurino) e edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares. Dependendo do tamanho e localização da placa pseudomembranosa, pode ocorrer asfixia mecânica aguda no paciente, o que muitas vezes exige imediata traqueostomia para evitar a morte.

Formas clínicas

- **Faringoamigdaliana ou faringotonsilar (angina diftérica)** – é a mais comum. Nas primeiras horas da doença, observa-se discreto aumento de volume das amígdalas, além da hiperemia de toda a faringe. Em seguida, ocorre a formação das pseudomembranas características, aderentes e invasivas, constituídas por placas esbranquiçadas ou amarelo-acinzentado, eventualmente de cor cinzento-escura ou negra, que se tornam espesso e com bordas bem definidas. Essas placas se estendem pelas amígdalas, recobrando-as, e, frequentemente, invadem as estruturas vizinhas, podendo ser observadas nos pilares anteriores, úvula, palato mole e retrofaringe, adquirindo aspecto necrótico. O estado geral

do paciente agrava-se, com a evolução da doença, em virtude da progressão das pseudomembranas e da absorção cada vez maior de toxina.

- **Difteria hipertóxica (difteria maligna)** – denominação dada aos casos graves, intensamente tóxicos, que, desde o início, apresentam importante comprometimento do estado geral. Observa-se a presença de placas de aspecto necrótico, que ultrapassam os limites das amígdalas, comprometendo as estruturas vizinhas. Há um aumento importante do volume dos gânglios da cadeia cervical e edema periganglionar, pouco doloroso à palpação, caracterizando o pescoço taurino.

- **Nasal (rinite diftérica)** – é mais frequente em lactentes, sendo, na maioria das vezes, concomitante à angina diftérica. Desde o início observa-se secreção nasal serossanguinolenta, geralmente unilateral, podendo ser bilateral, que provoca lesões nas bordas do nariz e no lábio superior.

- **Laríngea (laringite diftérica)** – na maioria dos casos, a doença se inicia na região da orofaringe, progredindo até a laringe. É uma forma bastante comum no Brasil. Os sintomas iniciais, além dos que são vistos na faringe diftérica, são: tosse, rouquidão, disfonia e dificuldade respiratória progressiva, podendo evoluir para insuficiência respiratória aguda. Em casos raros, pode haver comprometimento isolado da laringe, o que dificulta o diagnóstico.

- **Cutânea** – apresenta-se sob a forma de úlcera arredondada, com exsudato fibrinopurulento e bordas bem demarcadas que, embora profunda, não alcança o tecido celular subcutâneo. Devido à pouca absorção da toxina pela pele, a lesão ulcerada de difteria pode se tornar subaguda ou crônica e raramente é acompanhada de repercussões cutâneas. No entanto, seu portador constitui-se em reservatório e disseminador do bacilo diftérico, daí sua importância na cadeia epidemiológica da doença.

- **Outras localizações** – apesar de raro, o bacilo diftérico pode acometer a vagina (ulcerações e corrimento purulento), o ouvido (processo inflamatório exsudativo do duto auditivo externo) e conjuntiva ocular (a infecção pode ser inaparente ou manifestar-se sob a forma de conjuntivite aguda, com eventual formação da membrana).

Complicações

As principais complicações da difteria são:

- **Miocardite** – é responsável pelo maior número de óbitos a partir da 2ª semana da doença. Decorre da ação direta da toxina no miocárdio ou, ainda, da intoxicação do sistema de condução cardíaco;

- **Neurite** – consiste de alterações transitórias, decorrentes da ação da exotoxina no sistema nervoso periférico, ocasionando as neurites periféricas. As manifestações geralmente são tardias, ocorrendo entre a 2ª e a 6ª semana de evolução, mas podem aparecer alguns meses depois;
- **Renais** – de acordo com a gravidade do caso, pode-se detectar a presença de albuminúria em diferentes proporções. Na difteria grave, pode-se instalar uma nefropatía tóxica com importantes alterações metabólicas e, mais raramente, insuficiência renal aguda. Geralmente, quando há miocardite, pode ocorrer também insuficiência renal grave.

Em geral, a difteria é uma doença grave que necessita de assistência médico-hospitalar imediata e isolamento.

Diagnóstico laboratorial

É realizado pelo isolamento e identificação do *C. diphtheriae* por meio de cultura de amostras biológicas, coletadas adequadamente, das lesões existentes (ulcerações, criptas das amígdalas), exsudatos de orofaringe e de nasofaringe, que são as localizações mais comuns, ou de outras lesões cutâneas, conjuntivas, genitália externa, entre outras, mesmo sem as provas de toxigenicidade (Anexo A). Essa técnica é considerada o padrão ouro para o diagnóstico da difteria.

* A Sesau - TO, no momento não realiza cultura bacteriana.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial é feito entre a:

- **difteria cutânea** e o impetigo, ectima, eczema, úlceras;
- **difteria nasal** e a rinite estreptocócica, rinite sífilítica, corpo estranho nasal;
- **difteria amigdaliana ou faríngea** e a amigdalite estreptocócica, angina monocítica, angina de Plaut-Vicent, agranulocitose;
- **difteria laríngea** e o crupe viral, laringite estridulosa, epiglótite aguda, inalação de corpo estranho.

Tratamento específico

A medida terapêutica eficaz na difteria é a administração do soro antidiftérico (SAD), que deve ser feita em unidade hospitalar, e cuja finalidade é inativar a toxina circulante o mais rápido possível, possibilitando a circulação de excesso de anticorpos em quantidade suficiente para neutralizar a toxina produzida pelos bacilos.

O soro antidiftérico não tem ação sobre a toxina já impregnada no tecido, por isso sua administração deve ser feita o mais precocemente possível diante de suspeita clínica bem fundamentada.

Quando o serviço não dispõe de condições para atendimento das emergências, a pessoa deve ser encaminhada imediatamente a outro serviço, capaz de garantir administração do soro com segurança.

Prevenção de reações anafiláticas na administração de soros heterólogos

Para prevenção de reações anafiláticas, alguns cuidados específicos são adotados. Os procedimentos básicos para realizá-los são elencados a seguir;

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Organizar todo o material: seringa, agulha e outros materiais necessários ao tratamento preventivo da anafilaxia – adrenalina 1:1.000, anti-histamínico, corticoide, oxigênio, soro glicosado e fisiológico, equipamento de soro e material para assistência

Ventilatória;

- Cateterizar uma veia de grosso calibre no antebraço e instalar o soro fisiológico ou glicosado a 5% no paciente, garantindo adequado acesso venoso e a manutenção do gotejamento, mesmo depois da administração do soro heterólogo.

Administração do SAD

As doses do SAD não dependem do peso e da idade do paciente, e sim da gravidade e do tempo da doença (Quadro 1). A administração do SAD deve ser feita por via intramuscular ou, preferencialmente, por via endovenosa, sendo diluída em 100mL de soro fisiológico, em dose única.

Quadro 1 – Esquema de administração do soro antidiftérico (SAD)

Forma clínica	Dosagem
Leve (nasal, cutânea, amigdaliana)	40.000UI, endovenoso
Laringoamigdaliana ou mista	60.000 a 80.000UI, endovenoso
Graves ou tardias	80.000 a 120.000UI, endovenoso

Antibioticoterapia

O uso de antibiótico deve ser considerado como medida auxiliar da terapia específica, objetivando interromper a produção de exotoxina, pela destruição dos bacilos diftéricos e sua disseminação.

Pode-se utilizar eritromicina ou penicilina G cristalina ou penicilina G procaína, com a mesma eficácia, durante 14 dias, conforme orientação a seguir:

- eritromicina – 40 a 50mg/kg/dia (dose máxima de 2g/dia), por via oral.
- penicilina G cristalina – 100.000 a 150.000UI/kg/dia, em frações iguais, de 6 em 6 horas, por via endovenosa.
- penicilina G procaína – 50.000UI/kg/dia (dose máxima de 1.200.000UI/dia), em duas frações iguais de 12 em 12 horas, por via intramuscular.

Quando houver melhora do quadro, a penicilina G cristalina pode ser substituída pela penicilina G procaína para completar os 14 dias de tempo total de tratamento. A clindamicina constitui boa alternativa à eritromicina e às penicilinas, na dose de 20 a 40mg/kg/dia, em frações iguais de 8 em 8 horas, por via endovenosa, durante 14 dias.

Tratamento sintomático

O tratamento geral ou de suporte consiste em repouso no leito, manutenção do equilíbrio hidreletrolítico (gotejamento endovenoso de soro glicofisiológico, com acréscimo de glicose a 25 ou 50% para aumentar a oferta calórica), dieta leve, nebulização ou vaporização. Deve-se proceder à aspiração das secreções com frequência.

Não havendo aceitação dos alimentos e dos líquidos por via oral, deve-se administrá-los por sonda nasogástrica.

Características epidemiológicas

A difteria ocorre durante todos os períodos do ano e pode afetar todas as pessoas não imunizadas, de qualquer idade, raça ou sexo. Observa-se um aumento de sua incidência nos meses frios e secos (outono e inverno), quando é mais comum a ocorrência de infecções respiratórias, principalmente devido à aglomeração em ambientes fechados, que facilitam a transmissão do bacilo.

Vigilância epidemiológica

Objetivos

- Investigar todos os casos suspeitos e confirmados com vistas à adoção de medidas de controle pertinentes para evitar a ocorrência de novos casos.

- Aumentar o percentual de isolamento em cultura, com envio de 100% das cepas isoladas para o laboratório de referência nacional, para estudos moleculares e de resistência bacteriana a antimicrobianos.
- Acompanhar a tendência da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias.

Definição de caso suspeito

Toda pessoa que, independentemente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (palato e úvula) ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, por exemplo), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Confirmado

Critério laboratorial

- **cultura com prova de toxigenicidade** – todo caso suspeito com isolamento do *C. diphtheriae* e provas de toxigenicidade positiva.
- **cultura sem prova de toxigenicidade** – todo caso suspeito com isolamento do *C. diphtheriae*, mesmo sem provas de toxigenicidade positiva.

Critério clínico-epidemiológico

Todo caso suspeito de difteria:

- com resultado de cultura negativo ou exame não realizado, mas que seja comunicante de um outro caso confirmado laboratorial ou clinicamente; ou
- com resultado de cultura negativo ou exame não realizado, mas que seja comunicante íntimo de portador, indivíduo no qual se isolou o *C. diphtheriae*.

Critério clínico

Quando for observado:

- placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas;
- placas suspeitas na traqueia ou laringe;
- simultaneamente, placas em amígdalas, toxemia importante, febre baixa desde o início do quadro e evolução, em geral, arrastada;
- miocardite ou paralisia de nervos periféricos, que pode aparecer desde o início dos sintomas sugestivos de difteria ou até semanas após.

Critério anatomopatológico (necropsia)

Quando a necropsia comprovar:

- placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas;
- placas na traqueia e/ou laringe.

Descartado

Caso suspeito não confirmado por nenhum dos critérios descritos anteriormente.

Notificação

A notificação deve ser registrada utilizando-se a Ficha de Investigação da Difteria do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente, para desencadeamento da investigação e adoção das medidas de controle pertinentes.

Investigação

Deve ser realizada a investigação dos casos e dos comunicantes imediatamente após a notificação do caso suspeito, devido ao curto período de incubação e à alta transmissibilidade da doença. O procedimento visa à detecção precoce de outros casos. Nesse sentido, é importante desencadear busca ativa, ou seja, ir à comunidade, escola, local de trabalho e perguntar se há casos de “amigdalite”. Além disso, deve-se verificar se, nos serviços de emergência e internação, apareceram casos com clínica compatível com difteria, pois a instituição da terapêutica específica, o mais precocemente possível, diminui a letalidade da doença.

Roteiro da investigação

A ficha de investigação da difteria contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outras observações podem ser incluídas, conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação.

Identificação do paciente

Preencher todos os campos da Ficha de Investigação da Difteria, relativos aos dados gerais, notificação individual e dados de residência.

Coleta de dados clínicos e epidemiológicos

• Confirmação da suspeita diagnóstica

- anotar, na ficha de investigação, dados dos antecedentes epidemiológicos e dados clínicos;

- observar, com atenção, se o caso notificado enquadra-se na definição de caso de difteria, a fim de evitar a notificação inadequada de casos;

- anotar dados do prontuário do paciente, entrevistar a equipe de assistência, o próprio paciente (quando possível) e familiar;

- acompanhar a evolução do paciente e o resultado das culturas de *C. diphtheriae*.

• **Identificação da área de transmissão**

- verificar se, no local de residência, de trabalho, na creche, na escola, entre outros, há indícios de outros casos suspeitos;

- esses procedimentos devem ser feitos mediante entrevista com o paciente, familiares ou responsáveis e lideranças da comunidade.

• **Determinação da extensão da área de transmissão**

- após a identificação do possível local de transmissão, iniciar imediatamente a busca ativa de outros casos, casa a casa, na creche, na escola, no local de trabalho e em unidades de saúde.

Comunicantes

Comunicantes são indivíduos que tiveram contato com o caso suspeito de difteria, sob o risco de adoecimento, quer sejam moradores do mesmo domicílio ou não. Sua investigação deve ser feita, também, em instituições, em comunidades e em outros locais que possibilitaram o contato com o caso. Todos os comunicantes de um caso suspeito de difteria deverão ser submetidos a exame clínico e ficar sob vigilância por um período mínimo de 7 dias.

Para comunicantes que trabalhem em profissões que envolvam manipulação de alimentos, ou contato frequente com grande número de crianças, grupo de maior risco, ou com pessoas com comprometimento imunológico, recomenda-se o afastamento de seus locais de trabalho até que se tenha o resultado da cultura. Se positivo, o afastamento deverá ocorrer por 48 horas após a administração do antibiótico (ver item Quimioprofilaxia).

Recomenda-se a quimioprofilaxia aos comunicantes não vacinados, inadequadamente vacinados ou com estado vacinal desconhecidos.

Se, por motivos operacionais, não for possível coletar material de todos os comunicantes, recomenda-se priorizar os que têm contato com crianças (professores, atendentes de creche, entre outros); pessoas que apresentam diminuição da imunidade; manipuladores de alimentos; pessoas não vacinadas,

inadequadamente vacinadas ou com estado vacinal desconhecido. Os comunicantes com resultado da cultura positiva deverão receber a quimioprofilaxia, conforme o parecer do médico que os reexaminou.

Na investigação dos comunicantes é indispensável:

- preencher os campos da ficha de investigação da difteria referentes aos comunicantes;
- coletar material de naso e orofaringe e de lesão de pele dos comunicantes, a fim de se realizar cultura de *C. diphtheriae*;
- verificar a situação vacinal dos comunicantes, considerando as doses registradas na caderneta de vacinação e, se necessário, iniciar ou atualizar o esquema vacinal com a DTP (tríplice bacteriana), DTP+Hib+Hepatite B (pentavalente) ou dT (dupla bacteriana), de acordo com as orientações do Quadro 3.

Quadro 3 – Conduta para imunização de comunicantes, de acordo com a situação vacinal

História vacinal	Menores de 7 anos		7 anos ou mais
	<1 ano	≥1 ano	
Não vacinados	Iniciar o esquema com Pentavalente	Iniciar o esquema com DTP	Iniciar o esquema com dT
Vacinação incompleta	Completar o esquema com Pentavalente	Completar o esquema com DTP	Completar o esquema com a dT
Vacinação completa	Não se aplica		Aplicar uma dose de dT como reforço, se a última dose foi aplicada há mais de 5 anos

Coleta e remessa de material para exames

- Deve-se retirar material das lesões existentes (ulcerações, criptas das amígdalas), exsudatos de orofaringe e de nasofaringe (localizações mais comuns), ou de outras lesões cutâneas, conjuntivas e genitália externa, entre outras, por meio de *swab* estéril, antes da administração de qualquer terapêutica antimicrobiana.
- Deve-se realizar cultura separada do material de nasofaringe ou da via oral e de lesão de pele.
- Na coleta do material da orofaringe, não remover a pseudomembrana, pois sua remoção acelera a absorção da toxina e leva a sangramento.
- A coleta deve ser efetuada antes da administração de antibióticos, devendo ser sempre realizada.
- É de responsabilidade dos profissionais da vigilância epidemiológica e/ou dos laboratórios centrais ou de referência viabilizar, orientar ou mesmo proceder a essas coletas, de acordo com a organização de cada local.

Não devem ser aguardados os resultados dos exames para o desencadeamento das medidas de controle e outras atividades da investigação, embora sejam imprescindíveis para a confirmação de casos e para nortear o encerramento das investigações.

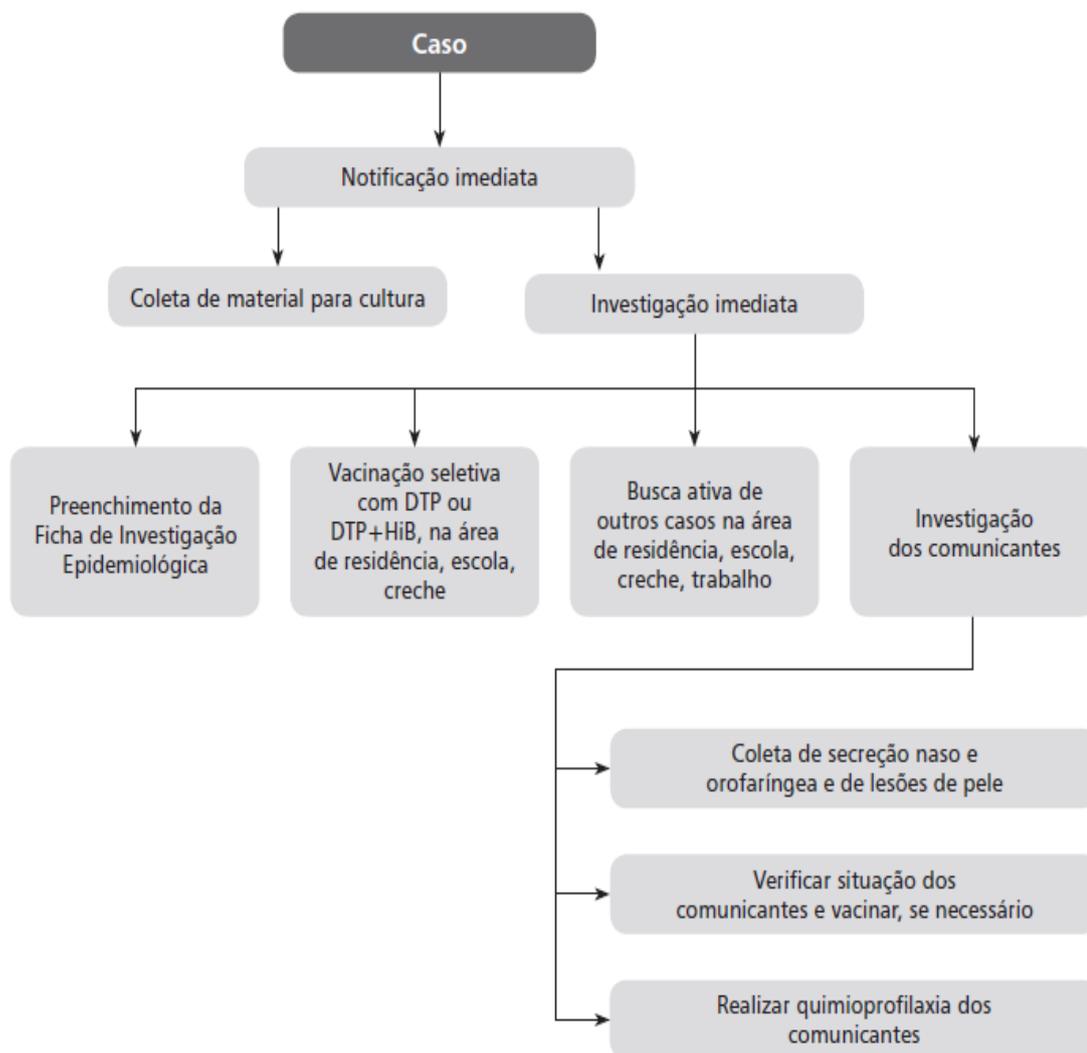
Encerramento de caso

O caso de difteria deve ser encerrado oportunamente no Sinan em até 60 dias da notificação. A classificação final do caso deverá seguir os critérios descritos no item Definição de caso.

Relatório final

Em situações de surtos, o relatório permite analisar a extensão e as medidas de controle adotadas e caracterizar o perfil de ocorrência e os fatores que contribuíram para a circulação do vírus na população.

Roteiro de investigação epidemiológica da difteria



Medidas de prevenção e controle

Imunização

A vacinação com o toxoide diftérico é a medida de controle mais importante da difteria. O emprego sistemático dessa vacina, com altas coberturas vacinais ao longo do tempo, além de diminuir a incidência de casos clínicos, determina importante redução do número de portadores, induzindo a chamada “imunidade coletiva”.

Os indivíduos adequadamente imunizados neutralizarão a toxina produzida pelo bacilo diftérico, responsável pelas manifestações clínicas da doença. A vacinação normalmente é feita de forma sistemática, com aplicação de rotina do imunobiológico pelos serviços de saúde, ou em forma de campanhas de vacinação ou, ainda, de bloqueio, realizada diante da ocorrência de um caso suspeito da doença.

Considera-se adequadamente vacinado quem recebeu:

- 3 doses de vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche) ou tetravalente (DTP+Hib), ou pentavalente (DTP+Hib+Hepatite B) contra difteria, tétano, coqueluche, infecções graves causadas pelo *Haemophilus influenzae* e Hepatite B, ou dupla infantil (DT), aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo mínimo entre as doses de 30 dias (o ideal é o intervalo de 2 meses). O primeiro reforço é aplicado aos 15 meses e o segundo reforço aos 4 anos de idade (podendo ser aplicado entre 4 e 6 anos); reforço com a dT (dupla adulto) a cada 10 anos.
- Caso a criança não comprovar o esquema de vacinação, iniciar esquema de acordo com a idade.
- Para maiores de 7 anos, aplicar 3 doses da vacina dT (dupla adulto), com intervalo mínimo entre as doses de 30 dias e reforço de 10 em 10 anos.

Proteção individual para evitar disseminação da bactéria

Os doentes com difteria devem ser mantidos em isolamento respiratório durante 14 dias após a introdução da antibioticoterapia apropriada. Os fômites devem receber cuidados apropriados, segundo as normas de biossegurança. O ideal é suspender as medidas relativas às precauções respiratórias somente quando duas culturas de secreções obtidas de nasofaringe, em meios específicos, forem negativas para *C. diphtheriae*.

A realização de duas culturas de material coletado das lesões cutâneas, pelo menos 24 horas depois de completada a antibioticoterapia, é obrigatória inclusive nos doentes com difteria cutânea.

Comunicantes

Vacinação

Deve-se verificar a situação vacinal de todos os comunicantes, considerando as doses registradas na caderneta de vacinação e, se necessário, iniciar ou atualizar o esquema vacinal com a DTP, pentavalente ou dT, de acordo com as orientações do Quadro 3.

Todos os comunicantes deverão ser mantidos em observação durante 7 dias, contados a partir do momento da exposição.

O soro antidiftérico não deve ser administrado com finalidade profilática.

Portadores

São portadores de difteria aqueles que alojam o *C. diphtheriae* na nasofaringe ou na pele (no caso da difteria cutânea), sem apresentarem sintomatologia. Sua identificação resulta com o exame positivo por cultura, que caracteriza como estado de portador, com evolução ou não para difteria. Essa identificação é extremamente importante para o controle da disseminação da doença, uma vez que portadores são mais frequentes que casos e são responsáveis pela maior parte das transmissões na comunidade.

Quimioprofilaxia

• **Medicamento de escolha** – Eritromicina, de acordo com a orientação a seguir:

- **crianças** – 40 a 50mg/kg/dia (máxima de 2g/dia), divididas em 4 doses iguais, durante 7 dias, por via oral;

- **adultos** – 500mg, de 6 em 6 horas, durante 7 dias, por via oral.

Após completar duas semanas de uso do antibiótico, deverá ser coletada uma nova amostra de secreção da orofaringe e realizar cultura adequada para *C. diphtheriae*. Se o resultado for positivo, deverá ser feito tratamento adicional com eritromicina, durante 10 dias. Se não houver resposta, outros antimicrobianos ativos contra o bacilo diftérico (clindamicina, rifampicina, quinolona, por exemplo) deverão ser utilizados, supondo-se ou confirmando-se ter havido – o que é raro – resistência à eritromicina.

É fundamental o desencadeamento de bloqueio vacinal na área de residência, local e trabalho, escola ou creche de ocorrência do caso ou de identificação de portadores.

CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença DIFTERIA		Código (CID10) A 36.9	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 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1- Branco 2- Preto 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª e 4ª série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª e 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				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	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)			
	Dados Complementares do Caso					
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
33 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado						
34 Nome do Contato						
35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)						
Dados Clínicos	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado				37 Data da Última Dose	
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				39 Temperatura Corporal °C	
	40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Complicações						
41 Existiram 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Conjuntiva						

