

Caso Suspeito: nódulo conjuntival (caroço) ou opacidade corneana (mancha branca), associado ou não a hiperemia ocular (vermelhidão).

Caso Provável: caso suspeito que ao exame oftalmológico apresente um ou mais dos seguintes sinais, nódulo subconjuntival, episclerite, infiltrado corneano periférico (estes sinais podem estar associados ou não a hiperemia conjuntival).

Dados Gerais	
1 - Tipo de notificação: 2 - Individual	3 - Data da Notificação: Código (IBGE)
2 - Agravado/doença: SINDROME OCULAR DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA	6 - Data dos primeiros sintomas:
4 - Município da Notificação	5 - Unidades de Saúde (ou fonte notificadora) Código
7 - Nome do paciente:	
8 - Data de Nascimento:	9 - ou Idade: 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano
10 - Sexo: M- Masculino F- Feminino I- Ignorado	11 - Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorado
12 - Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário) 3-5ª à 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.	
13 - Número do cartão SUS:	14 - Nome da mãe:
15 - UF	
16 - Município de Residência:	Código (IBGE):
17 - Bairro:	18 - Logradouro (rua, Avenida,...)
19 - Número:	20 - Complemento (apto, casa,...)
21 - Ponto de Referência	22 - CEP:
23 - (DDD) Telefone:	24 - Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Urbana/Rural 9-Ignorado
25 - País (se residente fora do Brasil):	Código:
Dados Complementares do Caso	
26 - Data da investigação:	
27 - Ocupação e Ramo de Atividade:	
28 - Atendimento oftalmológico anterior: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	29 - Tipo de Atendimento: 1-Hospitalar 2-Ambulatorial 3-Domiciliar 4-Nenhum 9-Ignorado
30 - Data do Atendimento:	31 - UF:
32 - Município:	33 - (DDD) Telefone:
34 - Endereço da Unidade Assistencial	
Dados Clínicos	
35 - Sinais e sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Febre Náusea Vômito Diarréia Cefaléia Tontura Prurido (corpo) Hepatomegalia Esplenomegalia Hiperemia ocular Nódulo ocular Lacrimejamento Fotofobia Prurido (olhos)	36 - Exame oftalmológico: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Opacidade corneana Dor (olhos) Ardor (olhos) Secreção ocular Baixa acuidade visual Outros: Nódulo subconjuntival Opacidade corneana/limbica Granuloma de câmara anterior Outros:

Tratamento	37 - Tipos de Tratamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	☐ Corticóide tópico ☐ Corticóide sistêmico ☐ Antibioticoterapia ☐ Outros: _____		
	38 - Caso Afirmativo, qual medicamento?		Data de início _____ Duração (em dias) _____
	1: _____		
2: _____			
3: _____			

Dados do Laboratório	39 - Material colhido: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	☐ Fezes ☐ Urina ☐ Sangue total ☐ Soro ☐ Tecido ocular ☐ Tecido cutâneo		
	40 - Data da coleta: _____	41 - Uso de medicamento antes da coleta: ☐	42 - Caso afirmativo, qual? _____
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
43 - Tipos de exames realizados: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
☐ Parasitológico de fezes ☐ Toxoplasmose (soro) ☐ Histopatológico (biopsia) ☐ Hemograma			
☐ Toxocariase (soro) ☐ Sífilis ☐ outros: _____			

Fatores que influenciam na exposição	44 - Antes do aparecimento do quadro clínico, teve contato com (especificar):		
	☐ Rio Araguaia	Local: _____	Com que frequência? _____
	☐ Outros Lagos/rios	Quais? : _____	Com que frequência? _____
	☐ Animais	Quais? : _____	Com que frequência? _____
	☐ Areia (parques, praia)	Local: _____	Com que frequência? _____
	45 - Consome alimentos que vem do rio? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	Quais? _____		
	46 - Consome verduras? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Qual procedência da mesma? _____		
	Caso afirmativo, com que frequência: _____		
	47 - Abastecimento de água - Procedência da água (principalmente para beber): 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
☐ Sistema público ☐ Nascente/Fonte ☐ Caminhão/pipa ☐ Poços artesianos ☐ Rio/Igarapé			
☐ Chafariz ☐ Poço raso/cacimba ☐ Açude/barreiro ☐ Outros: _____			
48 - Destino dos dejetos: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
☐ Rede pública de esgoto ☐ Direto para o rio/ canal ☐ Céu aberto ☐ Fossa			
Outros: _____			
49 - Destino do lixo: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
☐ Coleta pública ☐ Queimado ☐ Céu aberto ☐ Enterrado			
Outros: _____			

Conclusão	50 - Diagnóstico encontrado:	
	51 - Classificação final: ☐	52 - Critério de confirmação/ descarte: ☐
	1-Confirmado 2-Descartado	1-Laboratorial 2-clínico - epidemiológico
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO	
	53 - UF: _____	54 - Município: _____
	55 - Bairro: _____	56 - Distrito: _____
57 - Evolução do caso: 1-Cura 2-sequela 9-Ignorado ☐		58 - Data do encerramento: _____

Observações:

Investigador	59 - Município/Unidade de saúde: _____		60 - Cod. da Unid. de saúde: _____	
	61 - Nome: _____	62 - Função: _____	63 - Assinatura: _____	