

Notificação de Esporotricose Animal

DADOS GERAIS

Município de Notificação:	Data de Notificação:
Unidade Notificadora:	

DADOS DO TUTOR DO ANIMAL

Nome do Tutor:	CPF do tutor:	
Endereço:	Nº	Complemento:
Bairro:	Município:	
Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		

DADOS DO ANIMAL

Nome do Animal:	Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea
Espécie: <input type="checkbox"/> Canina	
<input type="checkbox"/> Felina	Raça:
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar:	Idade Aproximada:

O animal sai para passeios não supervisionados?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Talvez

Há história de corte, lesão ou trauma durante o passeio por plantas ou material orgânico suspeito de contaminação pelo fungo?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Talvez

Frequentou locais de mata? (14 dias anteriores)
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim, informa o local:

Teve contato com outros animais?
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Cães
<input type="checkbox"/> Gatos
<input type="checkbox"/> Outros:

Qual o tipo de contato com animais? (Caso tenha tido)					
<input type="checkbox"/> Mordedura					
<input type="checkbox"/> Arranhadura					
<input type="checkbox"/> Lesões cutâneas do animal					
<input type="checkbox"/> Lesões mucosas do animal					
<input type="checkbox"/> Outro:					
DADOS CLÍNICOS					
Data do início dos sintomas:					
Presença de lesão na pele?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não					
Tipo de Lesão (caso haja)					
<input type="checkbox"/> Pápula					
<input type="checkbox"/> Úlcera					
<input type="checkbox"/> Linfonodos					
<input type="checkbox"/> Outro:					
Localização da Lesão (caso haja)					
<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Abdómen	<input type="checkbox"/> Pata anterior	<input type="checkbox"/> Pata posterior
Outros, especificar:					
Diagnóstico de forma extracutânea da doença?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não					
Localização da Lesão extracutânea (se houver):					
Houve coleta para Diagnóstico laboratorial?					
<input type="checkbox"/> Não					
<input type="checkbox"/> Sim, data da coleta:					
Resultado do isolamento:					
<input type="checkbox"/> Detectável					
<input type="checkbox"/> Não detectável					
<input type="checkbox"/> Inconclusivo					
<input type="checkbox"/> Não realizado					

Histopatologia: <input type="checkbox"/> Compatível
<input type="checkbox"/> Incompatível
<input type="checkbox"/> Não realizado
TRATAMENTO DO ANIMAL
Droga de escolha para o tratamento:
Data do Início do tratamento:
Duração do tratamento:
Classificação: <input type="checkbox"/> Confirmado
<input type="checkbox"/> Descartado
<input type="checkbox"/> Em investigação
Evolução do animal:
<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Óbito pelo agravo
<input type="checkbox"/> Óbito por outras causas
<input type="checkbox"/> Ignorado
Observações:
Responsável pelo preenchimento da ficha:
Data: