



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

ANÁLISE DE REGISTROS DE PRONTUÁRIOS DE DENGUE

Entrevistador _____

Data: ____/____/____

Unidade de Saúde _____

Nº Prontuário _____

DADOS PESSOAIS

Nome completo _____

Nome da mãe ou responsável _____

Sexo () Masculino () Feminino Data de nascimento ____/____/____ Idade ____

Endereço de residência _____

Bairro _____ Fone _____

Município/UF de procedência _____ UF _____

Data de admissão ____/____/____ Hora _____

Data do início da doença ____/____/____ Tempo da doença _____ Data da alta ____/____/____

Data do óbito ____/____/____ Hora do óbito _____ Tempo internamento _____

HISTÓRIA DO CASO (informar se os dados não constarem do prontuário)

Houve atendimento prévio em serviço de emergência? () sim () não () não registrado

Caso referido de UBS/USF – Município/UF: Qual:

Caso foi transferido de outros hospitais – Município/UF:

Quais:

1º Serviço _____

2º Serviço _____

3º Serviço _____

Outros _____

Caso foi do ambulatório deste hospital () sim () não () não registrado

Caso foi de demanda espontânea? () sim () não () não registrado

Tratamento prévio? () sim () não () não registrado

Data do primeiro atendimento após início dos sinais e sintomas ____/____/____

Foi referida hipótese diagnóstica para dengue? () sim () não () não registrado

Se sim, foi referida a forma clínica?

Dengue clássica () Dengue com complicações ()

Dengue hemorrágico () Grau I () Grau II () Grau III () Grau IV ()

Patologias prévias

Cardiopatia () sim () não () NR

Asma () sim () não () NR

Dermatite atópica () sim () não () NR

Epilepsia () sim () não () NR

Diabetes mellitus () sim () não () NR

D. hematológica () sim () não () NR

Doença renal () sim () não () NR

Hipertensão arterial () sim () não () NR

Outras _____

*DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (enfisema e bronquite...))

DADOS NA ADMISSÃO

Peso: _____

Dados clínicos

Febre () sim () não () NR

Cefaléia () sim () não () NR

Dor retro orbitária () sim () não () NR

Mialgia () sim () não () NR

Prostração () sim () não () NR

Artralgia () sim () não () NR

Diarréia () sim () não () NR

Vômitos () sim () não () NR

Sonolência () sim () não () NR

Irritabilidade () sim () não () NR

Exantema () sim () não () NR

Manifestações hemorrágicas () sim () não () NR

Qual (is)? _____

Manifestações neurológicas () sim () não () NR

Qual (is)? _____

() Outras manifestações () sim () não () NR

Qual (is)? _____

CLÍNICA E TERAPEÚTICA

1º Dia Data:		Peso (kg):				Hospital:												
Manifestações Clínicas		Exames laboratoriais • Resultados																
Dor abdominal	Vômitos persistentes	Hipotensão postural	Hepatomegalia	Sonolência ou irritabilidade	Lipotímia	Diminuição diuturne	Hipotermia	Aumento repentino hematócrito	Queda abrupta plaquetas	Desconforto respiratório								
											<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>			
Pulso rápido e fino	Extremidades frias e cianose	Pressão arterial convergente	Pressão arterial	Frequência cardíaca	Frequência respiratória	Sangramento (hemorragia)	Realizou prova do laço?	Derrame pleural	Ascite	Outras manifestações								
											<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>	<div><div></div><div>() sim</div><div>() não</div><div>() NR</div></div>			
Leucócitos	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Bastões	Segment.	Linfócitos LT/AT	Albumina	Proteína total	TGO/AST	TGP/ALT								
Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>								
Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>								
Uréia	Creatinina	Sódio	Potássio	RX de tórax	Ultra Sonog.	Exame específico												
Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da coleta: <div>___/___/___</div>	Data da realiza-ção: <div>___/___/___</div>	Ab. total Data da realização: <div>___/___/___</div>	() Sorologia – Data da coleta ___/___/___ Resultado () pos () neg												
Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	Resultado: <div>___/___/___</div>	() Isolamento viral – Data da coleta ___/___/___ Resultado () pos () neg												
						() PCR – Data da coleta ___/___/___ Resultado () pos () neg												
						() Imunohistoquímica – Data da coleta ___/___/___ Resultado () pos () neg												
						Material () Sangue () Tecido												
Tratamento		Local*	Tempo Inf.	RO³	SF²	RL¹	SG⁴	SGF	TEP	Plasma	Concentrado Hemácia	Plaquetas	Albumina	Outras terapias	Dopamina	Dobutamina	Noradrenalina	Anti-inflamatórios não hormonais

*Local: E= Emergência | Enf= Enfermaria/UTI ¹Rehidratação oral ²Soro fisiológico ³Ringier lactato ⁴Soro glicosado ⁵Soro glicofisiológico ¹Expansor plasmático

Exames solicitados:

Hipótese diagnóstica:

Outras observações:

PROCEDIMENTOS PÓS-ÓBITO

Data da coleta ____/____/____

Procedimento		Resultado		
		Histologia	Imuno	Isolamento*
Punção de vísceras com agulha ()	() fígado () baço () pulmão () não realizado	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível
Viscerotomia ()	() fígado () baço () pulmão () coração () rins () não realizado	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível
Necropsia ()	() cérebro () fígado () cerebelo () baço () pulmões () rins () coração () não realizado	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível
Punção Lombar ()	() sim () não	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível	() compatível () não compatível

Resultado de necropsia

O caso foi notificado pós óbito? () sim () não

OBSERVAÇÕES FINAIS

Principais hipóteses diagnósticas registradas. Prontuários e fichas de pronto atendimento

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Encerramento do caso

- a) _____
- b) _____
- c) _____

Causa básica – Declaração de óbito

- a) _____
- b) _____
- c) _____

CONCLUSÕES

- O quadro clínico era compatível com dengue?
- Os sinais de alarme e choque foram pesquisados ou registrados?
- Houve referência ao estadiamento clínico da dengue preconizada pelo MS?
- O volume de hidratação foi prescrito de forma adequada segundo manual do MS?
- Os exames de hematócritos foram coletados com regularidade para avaliação de estadiamento e hidratação?
- Houve monitorização de plaquetas?
- Os resultados dos exames chegaram em momento oportuno?
- A hidratação foi supervisionada e reavaliação realizada em intervalos de tempo, como recomendado pelo MS?
- Outras observações e conclusões:

QUESTIONÁRIO PARA OS FAMILIARES

1. IDENTIFICAÇÃO E INÍCIO DE SINTOMAS

Nome do caso _____

Nome do entrevistado _____ Telefone para contato _____

Grau de parentesco _____

Data de início de sintomas: __/__/__

2. SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS DURANTE A DOENÇA

Data	Local	Foi atendido?	Prescrição médica	Hidratação no local (recebeu líquido?)	Recebeu orientação de hidratação (ingesta de líquido)	Recebeu orientação sobre sinais de alarme*	Recebeu cartão da dengue
		() sim () não () Ign	() sim () não Se sim, qual? _____	() oral () venosa () não realizado () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign
		() sim () não () Ign	() sim () não Se sim, qual? _____	() oral () venosa () não realizado () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign
		() sim () não () Ign	() sim () não Se sim, qual? _____	() oral () venosa () não realizado () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign
		() sim () não () Ign	() sim () não Se sim, qual? _____	() oral () venosa () não realizado () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign	() sim () não () Ign

*Ver lista de sinais de alarme: perguntar se o médico falou sobre sinais de agravamento da doença que indicassem a volta imediata ao serviço de saúde

3. FEZ DE MEDICAÇÃO POR CONTA PRÓPRIA?

() sim () não () ignorado

Se sim, qual? () paracetamol () dipirona () Ácido Acetil Salicílico (AAS) () anti-inflamatório não hormonal

() outras, quais? _____

4. SINAIS E SINTOMAS

Dor abdominal () sim () não () ignorado

Vômitos persistente () sim () não () ignorado

Tontura () sim () não () ignorado

Hemorragias – sangramentos () sim () não () ignorado

Agitação () sim () não () ignorado

Desconforto respiratório () sim () não () ignorado

5. PATOLOGIAS PRÉVIAS

Cardiopatía – doenças do coração ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Asma ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Epilepsia ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Diabetes melito ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

D. hematológica ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Doença renal ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Hipertensão arterial ☐ sim ☐ não ☐ não registrado

Outras _____

Obs: usar nomes conhecidos pela comunidade local para essas doenças

6. TEVE DIFICULDADE DE SER INTERNADO?

☐ sim ☐ não, se sim qual?