

CASO SUSPEITO: Paciente com febre, mialgia, cefaléia e insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na 1ª semana da doença OU paciente com enfermidade aguda e insuficiência respiratória aguda, com evolução para o óbito na 1ª semana da doença OU paciente com febre, mialgia, cefaléia e exposição a pelo menos uma situação de risco* até 60 dias anteriores ao início dos sintomas (*1. atividades de risco para a infecção por hantavírus ou 2. locais com roedores silvestres ou com condições ambientais favoráveis ao seu estabelecimento).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	HANTAVIROSE		A 98.8						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)			
6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7		Data dos Primeiros Sinomas	

Notificação Individual	8				Nome do Paciente				9				Data de Nascimento																											
	10		(ou) Idade		11		Sexo		12		Gestante		13		Raça/Cor																									
	1 - Hora		2 - Dia		3 - Mês		4 - Ano		M - Masculino		F - Feminino		I - Ignorado		1 - 1ª Trimestre		2 - 2ª Trimestre		3 - 3ª Trimestre		4 - Idade gestacional		5 - Não		6 - Não se aplica		7 - Ignorado		1 - Branca		2 - Preta		3 - Amarela		4 - Parda		5 - Indígena		9 - Ignorado	
	14		Escolaridade		0 - Analfabeto		1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)		3 - 5ª a 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																Nas últimas 8 semanas (60 dias antes do início dos sintomas), desenvolveu e/ou expôs-se a atividades ligadas a:														
<input type="checkbox"/> Treinamento militar em área rural ou silvestre <input type="checkbox"/> Desmatamento, aragem de terra, plantio agrícola, colheita agrícola, corte de lenha e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Exposição e/ou limpeza de casa, despensa, galpão, depósitos, sótão, porão e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Moagem e/ ou armazenamento de grãos, arrumou ou moveu fardos de lenha, capim ou outros semelhantes <input type="checkbox"/> Dormiu/descansou em barracas, galpão, paiol e outros locais semelhantes <input type="checkbox"/> Transporte e ou carregamento (em veículos motorizados) de cargas em geral <input type="checkbox"/> Pescou, caçou, realizou turismo rural ou participou de atividades de ecoturismo ou similares. <input type="checkbox"/> Teve contato direto e/ ou viu rato silvestre ou do mato vivo ou morto ou suas excretas/ vestígios (fezes, urina e/ou cheiro da urina, sangue, saliva, roeduras, pegadas, trilhas, manchas e outros sinais de ratos) <input type="checkbox"/> Outras atividades/ exposições (outros animais ou suas instalações/ outros casos humanos de hantavírus ou outras). Especifique _____																															

Dados Clínicos	34				Data do 1º Atendimento				35				Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)																		
	36																Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado														
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Dor Torácica <input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____				<input type="checkbox"/> Tosse Seca <input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem <input type="checkbox"/> Astenia				<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins) <input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele)				<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) _____																			

Dados do Laboratório

37 Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

38 Resultado A
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado
 Hematócrito > 45% TGO _____
 Trombocitopenia TGP _____
 Linfócitos Atípicos
 Aumento de Uréia e Creatinina

39 Resultado B (Leucócitos)
1 - Normais
2 - Aumentados COM desvio à esquerda
3 - Diminuídos (Leucopenia)
4 - Aumentados SEM desvio à esquerda
5 - Não Realizado
9 - Ignorado

40 Realizou Radiografia do Tórax
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se Sim, Apresentou Alguma destas Alterações
 Infiltrado Pulmonar Difuso
 Infiltrado Pulmonar Localizado

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Derrame Pleural

Exame Sorológico (IgM)

42 Data da Coleta _____

43 Resultado
1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Imunohistoquímica

44 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR

45 Data da Coleta _____

46 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Hospitalização

47 Ocorreu Hospitalização
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48 Data da Internação _____

49 UF _____

50 Município do Hospital _____ Código (IBGE) _____

51 Nome do Hospital _____ Código _____

52 Suporte Terapêutico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Ficou no Respirador Mecânico Usou Medicamento Antiviral (Ribavirina) Usou Corticóide CPAP/BIPAP

Usou Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares) Usou Antibióticos Outro Tipo de Tratamento _____

Conclusão

53 Classificação final
1-Confirmado 2-Descartado

54 Forma Clínica
1- Prodrômica ou inespecífica
2- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus

55 Critério de Diagnóstico
1- Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

57 UF _____

58 País _____

59 Município _____ Código (IBGE) _____

60 Distrito _____

61 Bairro _____

Característica do Local Provável de Infecção

62 Zona do Provável Local de Infecção
1 - Urbana
2 - Rural
3 - Periurbana
9 - Ignorado

63 Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção
1-Domiciliar 4- Outro _____
2-Trabalho 9- Ignorado
3- Lazer

64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município
_____ Km ao 1-Sul 3-Leste
2-Norte 4-Oeste

65 Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por hantavírose
3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado

66 Data do Óbito ou da Alta Hospitalar _____

67 Se Óbito, Realizou Autópsia
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

68 Doença Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

69 Data do Encerramento _____

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____