

CASO SUSPEITO: Paciente com doença febril, geralmente acima de 38 °C, mialgia, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: calafrio, astenia, dor abdominal, náusea, vômito e cefaléia, que pode evoluir, na primeira semana da doença, para insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada ou apresentar edema pulmonar não cardiogênico, ou; Paciente com enfermidade aguda apresentando quadro de edema pulmonar não cardiogênico com evolução para o óbito, ou; Paciente com história de doença febril e com exposição à mesma fonte de infecção de um ou mais caso(s) de hantavirose, confirmados laboratorialmente.

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

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	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- 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 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 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	30 País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

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/estígios (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"/> Tosse Seca <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada <input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins) <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dor Torácica <input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele) <input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) <input type="checkbox"/> Outros (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 68 Doença Relacionada ao Trabalho 69 Data do Encerramento
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Informações complementares e observações

Investigador

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

Nome Função Assinatura
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hantavirose Sinan NET SVS 19/05/2006