



CASO SUSPEITO: INDIVÍDUO COM FEBRE DE INÍCIO SÚBITO, MIALGIAS, CEFALÉIA, MAL ESTAR E/OU PROSTRACÃO, ASSOCIADOS A UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINAIS E/OU SINTOMAS: SUFUSÃO CONJUNTIVAL OU CONJUNTIVITE, NÁUSEAS E/OU VÔMITOS, CALAFRIOS, ALTERAÇÕES DO VOLUME URINÁRIO, ICTERÍCIA, FENÔMENO HEMORRÁGICO E/OU ALTERAÇÕES HEPÁTICAS, RENAS E VASCULARES COMPATÍVEIS COM LEPTOSPIROSE ICTERÍCA (SÍNDROME DE WEIL) OU ANICTÉRICA GRAVE. INDIVÍDUO QUE APRESENTE SINAIS E SINTOMAS DE PROCESSO INFECCIOSO INESPECÍFICO COM ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS SUGESTIVOS NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS ANTERIORES À DATA DE INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS.

DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL	
	2) AGRAVO / DOENÇA LEPTOSPIROSE	
	CÓDIGO (CID 10) A 27.9	
	3) DATA DA NOTIFICAÇÃO	
4) UF	5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	
6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO
7) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS		CÓDIGO (IBGE)

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8) NOME DO PACIENTE		9) DATA DE NASCIMENTO		
	10) (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	11) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12) GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13) RAÇA / COR 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) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ...)				CÓDIGO	
	21) NÚMERO	22) COMPLEMENTO (APTO, CASA, ...)		23) BAIRRO		
	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 DE INVESTIGAÇÃO		32) OCUPAÇÃO	
	33) SITUAÇÃO DE RISCO OCORRIDA NOS 30 DIAS QUE ANTECEDERAM OS PRIMEIROS SINTOMAS - CONTATO / LIMPEZA DE:			
	<input type="checkbox"/> ÁGUA OU LAMA DE ENCHENTE	<input type="checkbox"/> CRIAÇÃO DE ANIMAIS	<input type="checkbox"/> CAIXA D'ÁGUA	
	<input type="checkbox"/> FOSSA, CAIXA DE GORDURA OU ESGOTO	<input type="checkbox"/> LOCAL COM SINAIS DE ROEDORES	<input type="checkbox"/> PLANTIO / COLHEITA (LAVOURA)	
<input type="checkbox"/> RIO, CÓRREGO, LAGOA OU REPRESA	<input type="checkbox"/> ROEDORES DIRETAMENTE	<input type="checkbox"/> ARMAZENAMENTO DE GRÃOS / ALIMENTOS		
<input type="checkbox"/> TERRENO BALDIO	<input type="checkbox"/> LIXO / ENTULHO	<input type="checkbox"/> OUTROS		
34) CASOS ANTERIORES DE LEPTOSPIROSE NO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO NOS ÚLTIMOS DOIS MESES				
1 - SIM				
2 - NÃO <input type="checkbox"/> CASOS HUMANOS <input type="checkbox"/> CASOS ANIMAIS				
9 - IGNORADO				

DADOS CLÍNICOS	35) DATA DO ATENDIMENTO		36) SINAIS E SINTOMAS		
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> VÔMITO
	<input type="checkbox"/> CONGESTÃO CONJUNTIVAL		<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS	<input type="checkbox"/> MENINGISMO
	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PULMONAR		<input type="checkbox"/> MIALGIA	<input type="checkbox"/> PROSTRACÃO	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA
<input type="checkbox"/> DOR NA PANTURRILHA		<input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES CARDÍACAS	<input type="checkbox"/> OUTROS, QUAIS? _____	
<input type="checkbox"/> OUTRAS HEMORRAGIAS					

ATENDIMENTO	37) OCORREU HOSPITALIZAÇÃO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		38) DATA DE INTERNAÇÃO	39) DATA DE ALTA
	40) UF	41) MUNICÍPIO DO HOSPITAL		CÓDIGO (IBGE)
	42) NOME DO HOSPITAL			CÓDIGO

DADOS DO LABORATÓRIO	SOROLOGIA IgM - Elisa		44) RESULTADO 1ª AMOSTRA	45) DATA DA COLETA 2ª AMOSTRA	46) RESULTADO 2ª AMOSTRA	
	43) DATA DA COLETA 1ª AMOSTRA		1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE		1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE	
			3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO		3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO	
	MICROAGLUTINAÇÃO		48) MICRO 1ª AMOSTRA		49) MICRO 1ª AMOSTRA	
	47) DATA DA COLETA - MICRO 1ª AMOSTRA		1º SOROVAR	TÍTULO	2º SOROVAR	TÍTULO
			<input type="checkbox"/>	1:	<input type="checkbox"/>	1:
	50) RESULTADO MICRO - AGLUTINAÇÃO 1ª AMOSTRA					<input type="checkbox"/>
	1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADA 9 - IGNORADO					
51) DATA DA COLETA - MICRO 2ª AMOSTRA		52) MICRO 2ª AMOSTRA		53) MICRO 2ª AMOSTRA		
		1º SOROVAR	TÍTULO	2º SOROVAR	TÍTULO	
		<input type="checkbox"/>	1:	<input type="checkbox"/>	1:	
54) RESULTADO MICRO - AGLUTINAÇÃO 2ª AMOSTRA					<input type="checkbox"/>	
1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADA 9 - IGNORADO						
ISOLAMENTO		56) RESULTADO				
55) DATA DA COLETA		1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 9 - NÃO REALIZADO				
IMUNOHISTOQUÍMICA		58) RESULTADO				
57) DATA DA COLETA		1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 9 - NÃO REALIZADO				
RT - PCR		60) RESULTADO				
59) DATA DA COLETA		1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 9 - NÃO REALIZADO				

CONCLUSÃO	61) CLASSIFICAÇÃO FINAL		62) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO OU DESCARTE		
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO		1 - CLÍNICO LABORATORIAL 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO		
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 30 DIAS)		64) UF	65) PAÍS	
	63) O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ?				
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				
66) MUNICÍPIO		CÓDIGO (IBGE)	67) DISTRITO		68) BAIRRO
CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO		70) AMBIENTE DA INFECÇÃO		71) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	
69) ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO		1 - DOMICILIAR 2 - TRABALHO		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO		3 - LAZER 4 - OUTRO 9 - IGNORADO			
72) EVOLUÇÃO DO CASO		73) DATA DO ÓBITO		74) DATA DO ENCERRAMENTO	
1 - CURA 2 - ÓBITO POR LEPTOSPIROSE 3 - ÓBITO POR OUTRAS 9 - IGNORADO					

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

DATA E ENDEREÇO SE ESTEVE EM SITUAÇÃO DE RISCO OCORRIDA NOS 30 DIAS QUE ANTECEDERAM OS PRIMEIROS SINTOMAS

DATA	UF	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	LOCALIDADE

OBSERVAÇÕES:

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		76) FUNÇÃO
	ASSINATURA		