



**CASO SUSPEITO:** INDIVÍDUO COM FEBRE, CEFALÉIA E MIALGIA, QUE APRESENTE PELO MENOS UM DOS SEGUINTE CRITÉRIOS: **CRITÉRIO 1-** ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS SUGESTIVOS NOS 30 DIAS ANTERIORES À DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS (EXPOSIÇÃO A SITUAÇÕES DE RISCO, VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM UM CASO CONFIRMADO POR CRITÉRIO LABORATORIAL OU RESIDIR/TRABALHAR EM ÁREAS DE RISCO); **CRITÉRIO 2-** PELO MENOS UM DOS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS: SUFUSÃO CONJUNTIVAL, SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA, ICTERÍCIA E/OU AUMENTO DE BILIRRUBINAS E FENÔMENO HEMORRÁGICO.

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

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 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA	3 - 3º TRIMESTRE 5 - NÃO 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 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		CÓDIGO	21 LOGRADOURO	
	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 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO		

**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: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
	<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 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> CASOS HUMANOS <input type="checkbox"/> CASOS ANIMAIS			

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

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

<b>DADOS DO LABORATÓRIO</b>	<b>SOROLOGIA IgM – ELISA</b> 43 DATA DA COLETA 1ª AMOSTRA		44 RESULTADO DA 1ª AMOSTRA 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO		45 DATA DA COLETA 2ª AMOSTRA		46 RESULTADO 2ª AMOSTRA 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO			
	<b>MICROAGLUTINAÇÃO</b> 47 DATA DA COLETA – MICRO 1ª AMOSTRA		48 MICRO 1ª AMOSTRA 1ª SOROVAR TÍTULO 1:				49 MICRO 1ª AMOSTRA 2ª SOROVAR TÍTULO 1:			
	50 RESULTADO MICRO – AGLUTINAÇÃO 1ª AMOSTRA 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO									
	51 DATA DA COLETA – MICRO 2ª AMOSTRA		52 MICRO 2ª AMOSTRA 1ª SOROVAR TÍTULO 1:				53 MICRO 2ª AMOSTRA 2ª SOROVAR TÍTULO 1:			
	54 RESULTADO MICRO – AGLUTINAÇÃO 2ª AMOSTRA 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO									
	<b>ISOLAMENTO</b> 55 DATA DA COLETA		56 RESULTADO 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO							
	<b>IMUNOHISTOQUÍMICA</b> 57 DATA DA COLETA		58 RESULTADO 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO							
	<b>RT - PCR</b> 59 DATA DA COLETA		60 RESULTADO 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO							
<b>CONCLUSÃO</b>	61 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 – CONFIRMADO 2 – DESCARTADO				62 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO OU DESCARTE 1 – CLÍNICO LABORATORIAL 2 – CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO					
	<b>LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 30 DIAS)</b> 63 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1 – SIM 2 – NÃO 3 – INDETERMINADO									
	64 UF		65 PAÍS							
	66 MUNICÍPIO			CÓDIGO (IBGE)		67 DISTRITO		68 BAIRRO		
	<b>CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO</b>									
69 ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO 1 – URBANA 2 – RURAL 3 – PERIURBANA 9 – IGNORADO				70 AMBIENTE DE INFECÇÃO 1 – DOMICILIAR 2 – TRABALHO 3 – LAZER 4 – OUTRO 9 – IGNORADO			71 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			
72 EVOLUÇÃO DO CASO 1 – CURA 2 – ÓBITO POR LEPTOSPIROSE 3 – ÓBITO POR OUTRA CAUSA 9 – IGNORADO				73 DATA DO ÓBITO		74 DATA DO ENCERRAMENTO				
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES</b>										
DATA E ENDEREÇO SE ESTEVE EM SITUAÇÃO DE RISCO OCORRIDA NOS 30 DIAS QUE ANTECEDERAM OS PRIMEIROS SINTOMAS										
DATA		UF	MUNICÍPIO		ENDEREÇO		LOCALIDADE			
OBSERVAÇÕES										
<b>INVESTIGADOR</b>	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE						CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE			
	NOME				FUNÇÃO					
	ASSINATURA									