



**CASO SUSPEITO:** PARA FINS DE NOTIFICAÇÃO ENTENDE-SE POR CASO DE AIDS O INDIVÍDUO QUE SE ENQUADRA NAS DEFINIÇÕES ADOTADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. OS CRITÉRIOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE AIDS ESTÃO DESCRITO EM PUBLICAÇÃO ESPECÍFICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (WWW.AIDS.GOV.BR)

|  |  |                            |                 |                               |
|--|--|----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| DADOS GERAIS                                     | 1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO                      |                            | 2 - INDIVIDUAL  |                               |
|  | 2 AGRAVO / DOENÇA                          |                            | CÓDIGO (CID 10) | 3 DATA DA NOTIFICAÇÃO         |
|  | <b>AIDS (PACIENTES MENORES DE 13 ANOS)</b> |                            | <b>B 2 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      | D - DIAS<br>M - MESES<br>A - ANOS                                | 11 SEXO       | M - MASCULINO<br>F - FEMININO<br>I - IGNORADO               | 12 GESTANTE   |
|   |                    |  |               |   | 1 - 1º TRIMESTRE    2 - 2º TRIMESTRE<br>4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA<br>6 - NÃO SE APLICA |
|   |                    |  |               |   | 3 - 3º TRIMESTRE    5 - NÃO<br>9 - IGNORADO   |
| 14 ESCOLARIDADE   |                    |  | 13 RAÇA / COR |   |   |
| 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) |                    | 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)         |               | 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) |   |
| 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA                          |                    | 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA                                   |               | 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)     |   |
| 15 NUMERO DO CARTÃO SUS                                   |                    | 16 NOME DA MÃE   |               |   |   |

|                     |                   |   |                        |             |                                       |                |
|---------------------|-------------------|---|------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------|
| DADOS DE RESIDÊNCIA | 17 UF             | 18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                    | CÓDIGO (IBGE)          | 19 DISTRITO |                                       |                |
|                     | 20 LOGRADOURO     |   |                        | 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,               |             | 30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) |                |
|                     |                   | 1 - URBANA    2 - RURAL<br>3 - URBANA / RURAL    9 - IGNORADO |                        |             |                                       |                |

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

|   |                 |                    |  |  |   |
|---|-----------------|--------------------|--|--|---|
| ANTEC. EPID. DA MÃE   | 31 IDADE DA MÃE | 32 ESCOLARIDADE    |  | 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) |   |
|   | ANOS            |                    | 0 - ANALFABETO<br>1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF ( ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)<br>2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)<br>3 - 5ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)<br>4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) |  | 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)<br>7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA<br>8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA<br>9 - IGNORADO |
| 33 RAÇA / COR   |                 | 34 OCUPAÇÃO DA MÃE |  | TIPO DE INVESTIGAÇÃO                                     |   |
| 1 - BRANCA    2 - PRETA    3 - AMARELA<br>4 - PARDA    5 - INDÍGENA    9 - IGNORADO |                 |                    |  | 2 - AIDS EM MENORES DE 13 ANOS                           |   |

**INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS**

|   |   |   |  |  |               |
|---|---|---|--|--|---------------|
| ANT. EPID. DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS           | PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO                                |   |  |  |               |
|   | 36 TRANSMISSÃO  |   | 37 TRANSMISSÃO SEXUAL  |  |               |
|   | 1 - SIM<br>2 - NÃO FOI TRANSMISSÃO VERTICAL<br>9 - IGNORADO |   | 1 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS<br>2 - RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES<br>3 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES<br>4 - NÃO FOI TRANSMISSÃO SEXUAL<br>9 - IGNORADO |  |               |
|   | 38 TRANSMISSÃO SEXUAL                                       |   | USO DE DROGAS INJETÁVEIS    TRANSFUSSÃO SANGUÍNEA    TRATAMENTO / HEMOTRANSFUSSÃO PARA HEMOFILIA   |  |               |
| 1 - SIM<br>2 - NÃO FOI TRANSMISSÃO VERTICAL<br>9 - IGNORADO |   | ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO COM POSTERIOR SOROCONVERSÃO ATÉ 6 MESES |  |  |               |
| INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFUSSÃO / ACIDENTE                    |   |   |  |  |               |
| 39 DATA DA TRANSFUSSÃO / ACIDENTE                           |   | 40 UF   | 41 MUNICÍPIO ONDE OCORREU A TRANSFUSSÃO / ACIDENTE   |  | CÓDIGO (IBGE) |

|                    |  |        |   |  |  |
|--------------------|--|--------|---|--|--|
| ANT. EPID. (CONT.) | 42 INSTITUIÇÃO ONDE OCORREU A TRANSFUSSÃO / ACIDENTE | CÓDIGO | 43 APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO PN DST / AIDS ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO FOI CONSIDERADO CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV? |  |  |
|                    |  |        | 1 - SIM    2 - NÃO    3 - NÃO SE APLICA   |  |  |

|   |  |                          |  |   |                                      |
|---|--|--------------------------|--|---|--------------------------------------|
| DADOS DO LABORATÓRIO  | 44 EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV |                          |  |   |                                      |
|   | ANTES DOS 18 MESES DE VIDA:                    |                          | APÓS OS 18 MESES DE VIDA:                    |   |                                      |
|   |  |                          | 1 - POSITIVO / REAGENTE<br>5 - INDETERMINADO | 2 - NEGATIVO / NÃO REAGENTE<br>6 - DETECTÁVEL | 3 - INCONCLUSIVO<br>7 - INDETECTÁVEL |
|   |  |                          | 4 - NÃO REALIZADO<br>9 - IGNORADO            |   |                                      |
|   |  | DATA DA COLETA           | DATA DA COLETA                               |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 1º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO |  | <input type="checkbox"/> | TESTE DE TRIAGEM ANTI-HIV                    |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 2º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO |  | <input type="checkbox"/> | TESTE CONFIRMATÓRIO ANTI-HIV                 |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 3º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO |  | <input type="checkbox"/> | TESTE RÁPIDO 1                               | TESTE RÁPIDO 2    TESTE RÁPIDO 3              |                                      |

45 CRITÉRIO CDC ADAPTADO

1 – SIM

2 – NÃO

9 - IGNORADO

**DOENÇAS, SINAIS OU SINTOMAS DE CARÁTER LEVE**

- AUMENTO CRÔNICO DE PARÓTIDA  
 DERMATITE PERSISTENTE  
 ESPENOMEGALIA

- HEPATOMEGALIA  
 INFECÇÕES PERSISTENTES OU RECORRENTES DE VAS (OTITE OU SINUSITE)  
 LINFADENOPATIA > = 0.5 CM EM MAIS DE 2 SÍTIOS

**DOENÇAS, SINAIS OU SINTOMAS DE CARÁTER MODERADO / GRAVE**

- ANEMIA POR MAIS DE 30 DIAS  
 CANDIDOSE DO ESÓFAGO  
 CANDIDOSE DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS OU PULMÕES  
 CANDIDOSE ORAL RESISTENTE AO TRATAMENTO  
 CITOMEGALVIROSE (QUALQUER OUTRO LOCAL QUE NÃO FÍGADO, BAÇO OU LINFONODO > 1 MÊS DE IDADE)  
 CRIPTOCECOSE EXTRA-PULMONAR  
 CRIPTOSPORIDIOSE COM DIARRÉIA > 1 MÊS  
 DIARRÉICA RECORRENTE OU CRÔNICA  
 ENCEFALOPATIA PELO HIV  
 FEBRE PERSISTENTE > 1 MÊS  
 GENGIVO-ESTOMATITE HERPÉTICA RECORRENTE (MAIS DE 2 EPISÓDIOS EM 1 ANO)  
 HEPATITE POR HIV  
 HERPES SIMPLES EM BRÔNQUIOS, PULMÕES OU TRATO GASTROINTESTINAL  
 HERPES SIMPLES MUCOCUTÂNEO > 1 MÊS EM CRIANÇAS > 1 MÊS DE IDADE  
 HERPES ZOSTER (AO MENOS 2 EPISÓDIOS DISTINTOS OU EM MAIS DE UM DERMÁTOMO)  
 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA  
 INFECÇÕES BACTERIANAS DE REPETIÇÃO / MÚLTIPLAS (SEPSE, PNEUMONIA, ÓSTEOARTRITES ABSCESSOS EM ÓRGÃOS INTERNOS)  
 INFECÇÃO POR CITOMEGALVÍRUS < 1 MÊS DE IDADE  
 ISOSPORIDIOSE INTestinal CRÔNICA, POR UM PERÍODO SUPERIOR A 1 MÊS

- LEIOMIOSSARCOMA  
 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA  
 LINFOPENIA POR MAIS DE 30 DIAS  
 LINFO NÃO HODGKIN E OUTROS LINFOMAS  
 LINFOMA PRIMÁRIO DE CÉREBRO  
 MICRO BACTÉRIAS DISSEMINADA (EXCETO TUBERCULOSE E HANSENÍASE)  
 MENINGITE BACTERIANA, PNEUMONIA OU SEPSE (ÚNICO EPISÓDIO)  
 NEFROPATIA  
 NOCARDIOSE  
 PNEUMONIA LINFÓIDE INTERSTICIAL  
 PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII  
 SALMONULOSE (SEPSE RECORRENTE NÃO TIFÓIDE)  
 SARCOMA DE KAPOSÍ  
 SÍNDROME DA EMACIAÇÃO (AIDS WASTING SYNDROME)  
 TOXOPLASMOSE CEREBRAL EM CRIANÇAS COM MAIS DE 1 MÊS DE IDADE  
 TOXOPLASMOSE INICIADA ANTES DE 1 MÊS DE IDADE  
 TROMBOCITOPENIA POR MAIS DE 30 DIAS  
 TUBERCULOSE PULMONAR  
 TUBERCULOSE DISSEMINADA OU EXTRA-PULMONAR  
 VARICELA DISSEMINADA

**ACHADOS LABORATORIAIS (CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ DEFINIDORA DE IMUNODEFICIÊNCIA DE ACORDO COM A IDADE)** < 1.500 CÉLULAS POR mm<sup>3</sup> (< 25 %) < 1.000 CÉLULAS POR mm<sup>3</sup> (< 25 %) < 500 CÉLULAS POR mm<sup>3</sup> (< 25 %)

46 CRITÉRIO ÓBITO

1 – SIM

2 – NÃO

9 – IGNORADO

DECLARAÇÃO DE ÓBITO COM MENÇÃO DE AIDS, OU HIV E CAUSA DE MORTE ASSOCIADA A IMUNODEFICIÊNCIA, SEM CLASSIFICAÇÃO POR OUTRO CRITÉRIO APÓS INVESTIGAÇÃO 

|      |       |   |               |  |        |
|------|-------|---|---------------|--|--------|
| TRAT | 47 UF | 48 MUNICÍPIO ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO | CÓDIGO (IBGE) | 49 UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO | CÓDIGO |
|      |       |   |               |  |        |

|               |                     |                    |                           |                                      |              |                          |
|---------------|---------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------------|
| CONCLU<br>SÃO | 58 EVOLUÇÃO DO CASO |                    |                           |                                      |              | 59 DATA DO CÓDIGO        |
|               | 1 – VIVO            | 2 – ÓBITO POR AIDS | 3 – ÓBITO POR OUTRA CAUSA | 2 – TRANSFERÊNCIA P/ OUTRO MUNICÍPIO | 9 – IGNORADO | <input type="checkbox"/> |

|              |            |        |
|--------------|------------|--------|
| INVESTIGADOR | NOME       | FUNÇÃO |
|              | ASSINATURA |        |

CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO