



**SUSPEITA CLÍNICA/BIOQUÍMICA:**

- SINTOMÁTICO ICTÉRICO:
- \* INDIVÍDUO QUE DESENVOLVEU ICTERÍCIA SUBITAMENTE COM OU SEM : FEBRE, MAL ESTAR, NÁUSEAS, VÔMITOS, MIALGIA, COLÚRIA E HIPOCOLIA FECAL.
- \* INDIVÍDUO QUE DESENVOLVEU ICTERÍCIA SUBITAMENTE E EVOLUIU PARA ÓBITO, SEM OUTRO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO CONFIRMADO.
- SINTOMÁTICO ANICTÉRICO:
- \* INDIVÍDUO SEM ICTERÍCIA, COM UM OU MAIS SINTOMAS (FEBRE, MAL ESTAR, NÁUSEA, VÔMITOS, MIALGIA) E VALOR AUMENTADO DAS AMINOTRANSFERASES.
- ASSINTOMÁTICO:
- \* INDIVÍDUO EXPOSTO A UMA FONTE DE INFECÇÃO BEM DOCUMENTADA (HEMODIÁLISE, ACIDENTE OCUPACIONAL, TRANSFUÇÃO DE SANGUE OU HEMODERIVADOS, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS/ODONTOLÓGICOS/COLOCAÇÃO DE "PIERCING"/TATUAGEM COM MATERIAL CONTAMINADO, USO DE DROGAS COM COMPARTILHAMENTO DE INSTRUMENTOS).
- \* COMUNICANTE DE CASO CONFIRMADO DE HEPATITE, INDEPENDENTE DA FORMA CLÍNICA E EVOLUTIVA DO CASO ÍNDICE.
- \* INDIVÍDUO COM ALTERAÇÃO DE AMINOTRANSFERASES IGUAL OU SUPERIOR A TRÊZ VEZES O VALOR MÁXIMO NORMAL DESTAS ENZIMAS.

**SUSPEITO COM MARCADOR SOROLÓGICO REAGENTE:**

- DOADOR DE SANGUE:
- \* INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO DOADOR DE SANGUE, COM UM OU MAIS MARCADORES REAGENTES DE HEPATITE B E C.
- INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO COM MARCADOR: REAGENTE PARA HEPATITE VIRAL A, B, C, D OU E.

DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		
	5) AGRAVO / DOENÇA			CÓDIGO (CID 10)	3) DATA DA NOTIFICAÇÃO
	<b>HEPATITES VIRAIS</b>			<b>B 19</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	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 - ANAFABETO 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	

DADOS DE RESIDÊNCIA	15) NÚMERO DO CARTÃO SUS			16) NOME DA MÃE			
	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	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) SUSPEITA DE :		34) TOMOU VACINA PARA:			
	1 - HEPATITE A 2 - HEPATITE B/C 3 - NÃO ESPECIFICADA		1 - COMPLETA 2 - INCOMPLETA 3 - NÃO VACINADO 9 - IGNORADO		HEPATITE A HEPATITE B	
	35) INSTITUCIONALIZADO EM					
1 - CRECHE		2 - ESCOLA		3 - ASILO		
5 - PENITENCIÁRIA		6 - HOSPITAL/CLÍNICA		7 - OUTRAS		
8 - NÃO INSTITUCIONALIZADO		9 - IGNORADO				
36) AGRAVOS ASSOCIADOS			37) CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE HBV OU HBC			
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			HIV / AIDS OUTRAS DST		1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES 3 - NÃO 2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES 9 - IGNORADO	
			SEXUAL DOMICILIAR (NÃO SEXUAL) OCUPACIONAL			

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	38) O PACIENTE FOI SUBMETIDO OU EXPOSTO A				1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES	2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES	3 - NÃO	9 - IGNORADO
	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS INJETÁVEIS	<input type="checkbox"/> TATUAGEM / PIERCING	<input type="checkbox"/> ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO					
	<input type="checkbox"/> DROGAS INALÁVEIS OU CRACK	<input type="checkbox"/> ACUPUNTURA	<input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO DE SANGUE / DERIVADOS					
	<input type="checkbox"/> DROGAS INJETÁVEIS	<input type="checkbox"/> TRATAMENTO CIRÚRGICO						
	<input type="checkbox"/> ÁGUA / ALIMENTO CONTAMINADO	<input type="checkbox"/> TRATAMENTO DENTÁRIO						
	<input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE						
	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> OUTRAS						
								39) DATA DO ACIDENTE OU TRANSFUSÃO OU TRANSPLANTE
	40) LOCAL / MUNICÍPIO DA EXPOSIÇÃO (PARA SUSPEITA DE HEPATITE A - LOCAL REFERENCIADO NO CAMPO 35) (PARA SUSPEITA DE HEPATITE B/C - LOCAL DE HEMODIÁLISE, TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS, TRANSPLANTE, ETC.)							
	UF	MUNICÍPIO DE EXPOSIÇÃO	LOCAL DE EXPOSIÇÃO				FONE	
41) DADOS DOS COMUNICANTES								
NOME	IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS	TIPO DE CONTATO 1 - NÃO SEXUAL / DOMICILIAR 2 - SEXUAL / DOMICILIAR 3 - SEXUAL / NÃO DOMICILIAR 4 - USO DE DROGAS 5 - OUTRO 9 - IGNORADO	HBsAg 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	ANTI-HBc TOTAL 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	ANTI-HCV 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	INDICADO VACINA CONTRA HEPATITE B 1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDIVÍDUO JÁ IMUNE 9 - IGNORADO	INDICADO IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
DADOS LABORATORIAIS	42) PACIENTE ENCAMINHADO DE <input type="checkbox"/>		43) DATA DA COLETA DA AMOSTRA REALIZADA EM BANCO DE SANGUE OU CTA		44) RESULTADO DA SOROLOGIA DO BANCO DE SANGUE OU CTA			
	1 - BANCO DE SANGUE 2 - CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA) 3 - NÃO SE APLICA				1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO			
					4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO			
45) DATA DA COLETA DA SOROLOGIA		46) RESULTADOS SOROLÓGICOS / VIROLÓGICOS ?						
		1 - REAGENTE/POSITIVO		<input type="checkbox"/> ANTI-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> ANTI-HBs	<input type="checkbox"/> ANTI-HDV - IgM		
		2 - NÃO REAGENTE /NEGATIVO		<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> ANTI-HEV - IgM		
47) GENÓTIPO PARA HCV <input type="checkbox"/>		3 - INCONCLUSIVO		<input type="checkbox"/> ANTI-HBc - IgM	<input type="checkbox"/> ANTI-HBe	<input type="checkbox"/> ANTI-HCV		
1 - GENÓTIPO 1 2 - GENÓTIPO 2 3 - GENÓTIPO 3		4 - NÃO REALIZADO		<input type="checkbox"/> ANTI-HBc (TOTAL)	<input type="checkbox"/> ANTI-HDV (TOTAL)	<input type="checkbox"/> HCV - RNA		
4 - GENÓTIPO 4 5 - GENÓTIPO 5 6 - GENÓTIPO 6 7 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO								
CONCLUSÃO	48) CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>		49) FORMA CLÍNICA <input type="checkbox"/>		50) CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA <input type="checkbox"/>			
	1 - CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL 2 - CONFIRMAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA 3 - DESCARTADO 4 - CICATRIZ SOROLÓGICA 8 - INCONCLUSIVO		1 - HEPATITE AGUDA 2 - HEPATITE CRÔNICA / PORTADOR ASSINTOMÁTICO 3 - HEPATITE FULMINANTE 4 - INCONCLUSIVO		01 - VÍRUS A 02 - VÍRUS B 03 - VÍRUS C 04 - VÍRUS B E D 05 - VÍRUS E			
					06 - VÍRUS B E C 07 - VÍRUS A E B 08 - VÍRUS A E C 09 - NÃO SE APLICA 99 - IGNORADO			
51) PROVÁVEL FONTE / MECANISMO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/>								
01 - SEXUAL		05 - ACIDENTE DE TRABALHO		08 - TRATAMENTO CIRÚRGICO		11 - ALIMENTO / ÁGUA CONTAMINADA		
02 - TRANSFUSIONAL		06 - HEMODIÁLISE		09 - TRATAMENTO DENTÁRIO		12 - OUTROS _____		
03 - USO DE DROGAS		07 - DOMICILIAR		10 - PESSOA / PESSOA		99 - IGNORADO		
04 - VERTICAL								
52) DATA DO ENCERRAMENTO								
OBSERVAÇÕES								
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE					CÓD. DA UNID. DE SAÚDE		
	NOME					FUNÇÃO		ASSINATURA