



CASO CONFIRMADO

HEPATITE A: - INDIVÍDUO QUE APRESENTE ANTI-HAV IGM REAGENTE

-INDIVÍDUO QUE PREENCHA AS CONDIÇÕES DE CASO SUSPEITO E QUE APRESENTE VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM CASO CONFIRMADO (ANTI-HAV IGM REAGENTE) DE HEPATITE A

- MENÇÃO DE HEPATITE A EM QUALQUER UM DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU APÓS INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR HEPATITE SEM ETIOLOGIA ESPECÍFICA.

HEPATITE B: - INDIVÍDUO QUE APRESENTE UM OU MAIS DOS MARCADORES REAGENTES OU EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA HEPATITE B A SEGUIR:

. HBSAG REAGENTE. ANTI-HBC IGM REAGENTE. HBV-DNA DETECTÁVEL

- MENÇÃO DE HEPATITE B EM QUALQUER UM DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU APÓS INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR HEPATITE SEM ETIOLOGIA ESPECÍFICA.

HEPATITE C: - INDIVÍDUO QUE APRESENTE UM OU MAIS DOS MARCADORES REAGENTES OU EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA HEPATITE C A SEGUIR:

. ANTI-HCV REAGENTE. HCV-RNA DETECTÁVEL

- MENÇÃO DE HEPATITE C EM QUALQUER UM DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU APÓS INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR HEPATITE SEM ETIOLOGIA ESPECÍFICA.

HEPATITE D: - CASO CONFIRMADO DE HEPATITE B, COM PELO MENOS UM DOS MARCADORES A SEGUIR:

. ANTI-HDV TOTAL REAGENTE. HDV-RNA DETECTÁVEL

- MENÇÃO DE HEPATITE D EM QUALQUER UM DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU APÓS INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR HEPATITE SEM ETIOLOGIA ESPECÍFICA.

HEPATITE E: - INDIVÍDUO QUE APRESENTE UM OU MAIS DOS MARCADORES REAGENTES OU EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA HEPATITE E A SEGUIR:

. ANTI-HEV IGM E ANTI-HEV IGG REAGENTES. HEV-RNA DETECTÁVEL

- MENÇÃO DE HEPATITE E EM QUALQUER UM DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU APÓS INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR HEPATITE SEM ETIOLOGIA ESPECÍFICA.

DADOS GERAIS	1 - TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 - AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID 10)	3 - DATA DA NOTIFICAÇÃO
	HEPATITES VIRAIS		B 19	
	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 <input type="checkbox"/>	11 - SEXO <input type="checkbox"/>	12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>	13 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/>	
	1 - HORA 3 - MÊS	M - MASCULINO	1 - 1º TRIMESTRE 5 - NÃO	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA	
	2 - DIA 4 - ANO	F - FEMININO	2 - 2º TRIMESTRE 6 - NÃO SE APLICA	4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
		I - IGNORADO	3 - 3º TRIMESTRE 9 - IGNORADO		
14 - ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/>					
0 - ANALFABETO		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)			
1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA			
2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA			
3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		9 - IGNORADO			
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		10 - NÃO SE APLICA			
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)					
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 1	26 - PONTO DE REFERÊNCIA			27 - CEP
	28 - (DDD) TELEFONE		29 - ZONA <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>		34 - TOMOU VACINA PARA <input type="checkbox"/>		
	1 - HEPATITE A		1 - COMPLETA 2 - INCOMPLETA 3 - NÃO VACINADO 9 - IGNORADO		
	2 - HEPATITE B / C		HEPATITE A <input type="checkbox"/>		
3 - NÃO ESPECIFICADA		HEPATITE B <input type="checkbox"/>			
35 - INSTITUCIONALIZADO EM <input type="checkbox"/>					
1 - CRECHE		2 - ESCOLA	3 - ASILO	4 - EMPRESA	9 - IGNORADO
5 - PENITENCIÁRIA		6 - HOSPITAL / CLÍNICA	7 - OUTRAS	8 - NÃO INSTITUCIONALIZADO	
36 - AGRAVOS ASSOCIADOS <input type="checkbox"/>		37 - CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE HBV OU HBC <input type="checkbox"/>			
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		HIV / AIDS <input type="checkbox"/>			SEXUAL <input type="checkbox"/>
		OUTRAS DSTS <input type="checkbox"/>			DOMICILIAR (NÃO SEXUAL) <input type="checkbox"/>
		1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES 3 - NÃO			OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>
		2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES 9 - IGNORADO			

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							39 – DATA DO ACIDENTE OU TRANSFUSÃO OU TRANSPLANTE		
	<input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE									
	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> OUTRAS									
	40 – LOCAL / MUNICÍPIO DE EXPOSIÇÃO (PARA CASO DE HEPATITE A – LOCAL REFERENCIADO NO CAMPO 35) (PARA CASO DE HEPATITE B / C – LOCAL DE HEMODIÁLISE, TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS, TRANSPLANTE, ETC.)										
	UF	MUNICÍPIO DE EXPOSIÇÃO			LOCAL DE EXPOSIÇÃO			TELEFONE			
41 – DADOS DOS COMUNICANTES											
NOME	IDADE	TIPO DE CONTATO	HBsAg	ANTI-HBc TOTAL	ANTI – HCV	INDICADO VACINA CONTRA HEPATITE B	INDICADO IMUNOGLOBULINA ANTI – HEPATITE B				
	D – DIAS M – MESES A – ANOS	1 – NÃO SEXUAL / DOMICILIAR 2 – SEXUAL / DOMICILIAR 3 – SEXUAL / NÃO DOMICILIAR 4 – USO DE DROGAS 5 – OUTRO 9 - IGNORADO	1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3- INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3- INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3- INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	1 – SIM 2 – NÃO 3 – INDIVÍDUO JÁ IMUNE 9 - IGNORADO	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 ACOLHIMENTO (CTA) 3 – NÃO SE APLICA						1 – REAGENTE 4 – NÃO REALIZADO 2 – NÃO REAGENTE 9 – IGNORADO 3 – INCONCLUSIVO				
							<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> ANTI-HBc (TOTAL) <input type="checkbox"/> ANTI-HCV				
DADOS LABORATORIAIS	45 – DATA DA COLETA DA SOROLOGIA / TESTE RÁPIDO			46 – RESULTADOS SOROLÓGICOS / VIROLÓGICOS / TESTE RÁPIDO							
				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 3 – INCONCLUSIVO <input type="checkbox"/> ANTI-HBc – IgM <input type="checkbox"/> ANTI-HBE <input type="checkbox"/> ANTI-HCV 4 – NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> ANTI-HBc (TOTAL) <input type="checkbox"/> ANTI-HDV (TOTAL) <input type="checkbox"/> HCV - RNA							
CONCLUSÃO	47 – GENÓTIPO PARA HCV <input type="checkbox"/>			48 – CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>			49 – FORMA CLÍNICA <input type="checkbox"/>				
	1 – GENÓTIPO 1 5 – GENÓTIPO 5 2 – GENÓTIPO 2 6 – GENÓTIPO 6 3 – GENÓTIPO 3 7 – NÃO SE APLICA 4 – GENÓTIPO 4 9 - IGNORADO			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				
							50 – CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
CONCLUSÃO	51 – PROVÁVEL FONTE / MECANISMO DE INFECÇÃO			52 – DATA DO ENCERRAMENTO							
	01 – SEXUAL 05 – ACIDENTE DE TRABALHO 08 – TRATAMENTO CIRÚRGICO 11 ÁGUA / ALIMENTO CONTAMINADO										
	02 – TRANSFUSIONAL 06 – HEMODIÁLISE 09 – TRATAMENTO DENTÁRIO 12 – OUTROS: _____										
03 – USO DE DROGAS 07 – DOMICILIAR 10 – PESSOA / PESSOA 99 - IGNORADO											
04 – VERTICAL											
OBSERVAÇÕES											
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE						CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE				
	NOME			FUNÇÃO		ASSINATURA					