



DEFINIÇÃO DE CASO: PARA FINS 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 DESCRITOS EM PUBLICAÇÃO ESPECÍFICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (www.aids.gov.br)

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2- INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA AIDS		3 DATA DE NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (CID 10) B 24
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7 DATA DO DIAGNÓSTICO

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	13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 NOME DA MÃE	

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO
	20 BAIRRO	21 LOGRADOURO(RUA, AVENIDA.)		CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO		24 GEO CAMPO 1
	25 GEO CAMPO 2	26 PONTO DE REFERÊNCIA		CEP
	28 (DDD) TELEFONE	29 ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 4 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 OCUPAÇÃO			
	PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO			
	32 TRANSMISSÃO VERTICAL 1 - SIM 2 - NÃO FOI TRANSMISSÃO VERTICAL 9 - IGNORADO		33 SEXUAL 1 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS 9 - IGNORADO 2 - RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES 3 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES 4 - NÃO FOI TRANSMISSÃO SEXUAL	
	34 SANGÜÍNEA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		USO DE DROGAS INJETÁVEIS TRATAMENTO / HEMOTRANSFUÇÃO PARA HEMOFILIA	
			TRANSFUÇÃO SANGÜÍNEA ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO COM POSTERIOR SOROCONVERSÃO ATÉ 6 MESES	
	INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFUÇÃO / ACIDENTE			
35 DATA DA TRANSFUÇÃO / ACIDENTE		36 UF	37 MUNICÍPIO ONDE OCORREU A TRANSFUÇÃO / ACIDENTE	
38 INSTITUTO ONDE OCORREU A TRANSFUÇÃO / ACIDENTE			CÓDIGO (IBGE)	
39 APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DO PN DST/ AIDS, A TRANSFUÇÃO / ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV?				
1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA				

DADOS LABORATORIAIS	40 EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÕES PELO HIV				
	1 - POSITIVO REAGENTE		2 - NEGATIVO MÃO REAGENTE		3 - INCONCLUSIVO
	4 - NÃO REALIZADO		5 - INDETERMINADO		9 - IGNORADO
	<input type="checkbox"/> TESTE DE TRIAGEM	DATA DA COLETA	<input type="checkbox"/> TESTE CONFIRMATÓRIO	DATA DA COLETA	
<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 1	<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 2	<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 3	DATA DA COLETA		

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS	41 CRITÉRIO RIO DE JANEIRO / CARACAS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> SARCOMA DE KAPOSI (10) <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA (10) <input type="checkbox"/> CANDIDOSE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5) <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5) <input type="checkbox"/> HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) <input type="checkbox"/> DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) <input type="checkbox"/> DIARRÉIA IGUAL OU MAIOR A 1 MÊS (2) <input type="checkbox"/> FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38°C POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) * <input type="checkbox"/> CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2) * <input type="checkbox"/> ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) * <input type="checkbox"/> DERMATITE PERSISTENTE (2) <input type="checkbox"/> ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) <input type="checkbox"/> TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (2) * <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA - INGUINAIS E POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) * EXCLUÍDA A TUBERCULOSE COMO CAUSA		
TRAT	42) CRITÉRIO CDC ADAPTADO 1 - SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		
	<input type="checkbox"/> CÂNCER CERVICAL INVASIVO <input type="checkbox"/> CANDIDOSE DE ESÔFAGO <input type="checkbox"/> CANCECIDOSE DE TRAQUÉIA, BRÔNQUIOS OU PULMÃO <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIROSE (EXCETO FÍGADO, BAÇO OU LINFONODOS) <input type="checkbox"/> CRIPTOCOCOSE EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> CRIPTOSPORIDIOSE INTESTINAL CRÔNICA > 1 MÊS <input type="checkbox"/> HERPES SIMPLIS MUCOCUTÂNEO > 1 MÊS <input type="checkbox"/> HISTOPLASMOSE DISSEMINADA <input type="checkbox"/> ISOSPORIDIOSE INTESTINAL CRÔNICA > 1 MÊS <input type="checkbox"/> LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA <input type="checkbox"/> LINFOMA NÃO HODGKIN E OUTROS LINFOMAS <input type="checkbox"/> LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO <input type="checkbox"/> MICOBACTERIOSE DISSEMINADA, EXCETO TUBERCULOSE E HANSENÍASE <input type="checkbox"/> PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS, CARINII <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS (MENINGOENCEFALITE E/OU MIOCARDITE) <input type="checkbox"/> SALMONELOSE (SEPSE RECORRENTE, NÃO-TIFÓIDE) <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE CEREBRAL <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4 + MENOR QUE 350 cel / mm³		
EVOLUÇÃO	43 CRITÉRIO DE ÓBITO		
	DECLARAÇÃO DE ÓBITO COM MENÇÃO DE AIDS, OU HIV E CAUSA DE MORTE ASSOCIADA À IMUNODEFICIÊNCIA, SEM CLASSIFICAÇÃO POR OUTRO CRITÉRIO APÓS INVESTIGAÇÃO <div style="text-align: right;">1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/></div>		
INVESTIGADOR	44 UF	45 MUNICÍPIO ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO	CÓDIGO(IBGE)
	46 UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO		CÓDIGO
47 EVOLUÇÃO DO CASO			48 DATA DO ÓBITO
1- VIVO 2- ÓBITO POR AIDS 3- ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9- IGNORADO <input type="checkbox"/>			
NOME		FUNÇÃO	
ASSINATURA			