



**CASO SUSPEITO:** PACIENTE COM FEBRE, MIALGIA, CEFALEIA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA DE ETIOLOGIA NÃO DETERMINADA, NA 1ª SEMANA DA DOENÇA OU PACIENTE COM ENFERMIDADE AGUDA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, COM EVOLUÇÃO PARA ÓBITO NA 1ª SEMANA DA DOENÇA OU PACIENTE COM FEBRE, MIALGIA, CEFALEIA E EXPOSIÇÃO A PELO MENOS UMA SITUAÇÃO DE RISCO \* ATÉ 60 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINTOMAS.

\* 1 – ATIVIDADES DE RISCO PARA A INFECÇÃO POR HANTAVÍRUS OU

2 – LOCAIS COM ROEDORES SILVESTRES OU COM CONDIÇÕES AMBIENTAIS FAVORÁVEIS AO SEU ESTABELECIMENTO.

DADOS GERAIS	1 – TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		
	2 – AGRAVO / DOENÇA <b>HANTAVIROSE</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>A 98.8</b>
	4 – UF	5 – MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	
	6 – UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO
			3 – DATA DA NOTIFICAÇÃO
			CÓDIGO (IBGE)
			7 – DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 – NOME DO PACIENTE			9 – DATA DE NASCIMENTO
	10 – (OU) IDADE 1 – HORA 3 – MÊS 2 – DIA 4 – ANO	11 - SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 - GESTANTE 1 – 1º TRIMESTRE 2 – 2º TRIMESTRE 3 – 3º TRIMESTRE 4 – IDADE GESTACIONAL IGNORADA	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 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	
15 – NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 – NOME DA MÃE		

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO
	20 – ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)			CÓDIGO
	21 – NÚMERO	22 – COMPLEMENTO	23 – BAIRRO	
	24 – GEO CAMPO 1	25 – GEO CAMPO 2	26 – PONTO DE REFERÊNCIA	
	27 - CEP			
28 – (DDD) TELEFONE		29 – ZONA 1 – URBANA 2 – RURAL 3 – PERIURBANA 9 - IGNORADO	30 – PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 – DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 - OCUPAÇÃO
	33 – NAS ÚLTIMAS 8 SEMANAS (60 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS), DESENVOLVEU E / OU EXPÓS-SE A ATIVIDADES LIGADAS A:	
<input type="checkbox"/> TREINAMENTO MILITAR EM ÁREA RURAL OU SILVESTRE; <input type="checkbox"/> DESMATAMENTO, ARAGEM DE TERRA, PLANTIO AGRÍCOLA, COLHEITA AGRÍCOLA, CORTE DE LENHA E OUTROS SEMELHANTES; <input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO E/OU LIMPEZA DE CASA, DESPENSA, GALPÃO, DEPÓSITOS, SÓTÃO, PORÃO E OUTROS SEMELHANTES; <input type="checkbox"/> MOAGEM E/OU ARMAZENAMENTO DE GRÃOS, ARRUMOU OU MOVEU FARDOS DE LENHA, CAPIM OU OUTROS SEMELHANTES; <input type="checkbox"/> DORMIU / DESCANSOU EM BARRACAS, GALPÃO, PAIOL E OUTROS LOCAIS SEMELHANTES; <input type="checkbox"/> TRANSPORTE E/OU CARREGAMENTO (EM VEÍCULOS MOTORIZADOS) DE CARGAS EM GERAL; <input type="checkbox"/> PESCOU, CAÇOU, REALIZOU TURISMO RURAL OU PARTICIPOU DE ATIVIDADES DE ECOTURISMO OU SIMILARES; <input type="checkbox"/> TEVE CONTATO DIRETO E/OU VIU RATO SILVESTRE OU DO MATO VIVO OU MORTO OU SUAS EXCRETAS / VESTÍGIOS (FEZES, URINA E/OU CHEIRO DA URINA, SANGUE, SALIVA, ROEDURAS, PEGADAS, TRILHAS, MANCHAS E OUTROS SINAIS DE RATOS); <input type="checkbox"/> OUTRAS ATIVIDADES / EXPOSIÇÕES (OUTROS ANIMAIS OU SUAS INSTALAÇÕES / OUTROS CASOS HUMANOS DE HANTAVÍRUS OU OUTRAS). ESPECIFIQUE:		

DADOS CLÍNICOS	34 - DATA DO 1º ATENDIMENTO	35 – LOCAL DO 1º ATENDIMENTO (UNIDADE DE SAÚDE OU CLÍNICA OU HOSPITAL – MUNICÍPIO / UF)		
	36 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (SINAIS E SINTOMAS) 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO			
<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> TOSSE SECA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CEFALEIA <input type="checkbox"/> MIALGIA GENERALIZADA <input type="checkbox"/> DOR LOMBAR (REGIÃO DOS RINS) <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> NÁUSEA / VÔMITO <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL <input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> TONTURA / VERTIGEM <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA CARDÍACA <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESP. AGUDA <input type="checkbox"/> SINTOMAS NEUROLÓGICOS <input type="checkbox"/> ASTENIA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS (MANCHAS DE SANGUE SOB A PELE) <input type="checkbox"/> OUTRAS MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS. ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA				

DADOS LABORATORIAIS	37 – COLHEU AMOSTRA DE SANGUE PARA EXAMES CLÍNICOS / BIOQUÍMICOS <input type="checkbox"/>	38 – RESULTADO A 1 – SIM 2 – NÃO 3 – NÃO REALIZADO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> HEMATÓCRITO > 45% <input type="checkbox"/> AUMENTO DE UREIA E CREATININA <input type="checkbox"/> TROMBOCITOPENIA <input type="checkbox"/> TGO _____ <input type="checkbox"/> LINFÓCITOS ATÍPICOS <input type="checkbox"/> TGP _____	39 – RESULTADO B (LEUCÓCITOS) <input type="checkbox"/> 1 - NORMAIS 2 – AUMENTADOS COM DESVIO À ESQUERDA 3 – DIMINUÍDOS (LEUCOPENIA) 4 – AUMENTADOS SEM DESVIO À ESQUERDA 5 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO
	40 – REALIZOU RADIOGRAFIA DO TÓRAX <input type="checkbox"/>	41 – SE SIM, APRESENTOU ALGUMA DESTAS ALTERAÇÕES 1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> INFILTRADO PULMONAR DIFUSO <input type="checkbox"/> INFILTRADO PULMONAR LOCALIZADO <input type="checkbox"/> DERRAME PLEURAL	
	<b>EXAME SOROLÓGICO (IgM)</b>		<b>IMUNOHISTOQUÍMICA</b>
	42 – DATA DA COLETA	43 – RESULTADO <input type="checkbox"/> 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO	44 – RESULTADO <input type="checkbox"/> 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO
<b>RT - PCR</b>			
45 – DATA DA COLETA	46 – RESULTADO <input type="checkbox"/> 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO		

HOSPITALIZAÇÃO	47 – OCORREU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO	48 – DATA DA INTERNAÇÃO	49 - UF	50 – MUNICÍPIO DO HOSPITAL
	CÓDIGO (IBGE)	51 – NOME DO HOSPITAL	CÓDIGO	
	52 – SUPORTE TERAPÊUTICO 1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FICOU NO RESPIRADOR MECÂNICO <input type="checkbox"/> USOU MEDICAMENTO ANTIVIRAL (RIBAVIRINA) <input type="checkbox"/> CPAP / BIPAP <input type="checkbox"/> USOU DROGAS VASOATIVAS (DOPAMINA, DOBUTAMINA OU SIMILARES) <input type="checkbox"/> USOU ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO DE TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> USOU CORTICOIDE			

CONCLUSÃO	53 – CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/> 1 – CONFIRMADO 2 - DESCARTADO	54 – FORMA CLÍNICA <input type="checkbox"/> 1 – PRODRÔMICA OU INESPECÍFICA 2 – SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVÍRUS	55 – CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1 – LABORATORIAL 2 – CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO	
	<b>LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)</b>			
	56 – O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> 1 – CONFIRMADO 2 – NÃO 3 – INDETERMINADO	57 – UF	58 - PAÍS	
	59 – MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	60 – DISTRITO	61 - BAIRRO
	<b>CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO</b>			
	62 – ZONA DO PROVÁVEL LOCAL DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1 – URBANA 3 – PERIURBANA 2 – RURAL 9 - IGNORADO	63 – TIPO DE AMBIENTE ONDE PROVAVELMENTE OCORREU A INFECÇÃO <input type="checkbox"/> 1 – DOMICILIAR 2 - TRABALHO 3 – LAZER 4 – OUTRO: 9 - IGNORADO	64 – LOCALIZAÇÃO DO LPI EM RELAÇÃO À SEDE DO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KM AO <input type="checkbox"/> 1 – SUL 3 – LESTE 2 – NORTE 4 - OESTE	
65 – EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> 1 – CURA 2 – ÓBITO POR HANTAVIROSE 3 – ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO			66 – DATA DO ÓBITO OU DA ALTA HOSPITALAR	
67 – SE ÓBITO, REALIZOU AUTÓPSIA <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO	68 – DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 – SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO 9 - IGNORADO	69 – DATA DO ENCERRAMENTO		

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES**

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	