



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 O 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		3 - DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	2 - AGRAVO / DOENÇA			CÓDIGO (CID 10)		
	HANTAVIROSE			A 98.8		
	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 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
14 - ESCOLARIDADE			15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS				16 - NOME DA MÃE
0 - ANALFABETO		1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º 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)		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA			
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA			
				9 - IGNORADO			
				10 - NÃO SE APLICA			

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19 - DISTRITO	
	20 - BAIRRO					CÓDIGO	
	21 - LOGRADOURO			22 - NÚMERO	23 - COMPLEMENTO		
	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 - NAS ÚLTIMAS 8 SEMANAS (60 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS), DESENVOLVEU E / OU EXPÓS-SE A ATIVIDADES LIGADAS A: Legenda: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	<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"/> CEFALEIA <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> SINTOMAS NEUROLÓGICOS <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR:		<input type="checkbox"/> TOSSE SECA <input type="checkbox"/> MIALGIA GENERALIZADA <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> TONTURA / VERTIGEM <input type="checkbox"/> ASTENIA		<input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> DOR LOMBAR (REGIÃO DOS RINS) <input type="checkbox"/> NÁUSEA / VÔMITO <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA CARDÍACA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS (MANCHAS DE SANGUE SOB A PELE) <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA		<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESP. AGUDA <input type="checkbox"/> OUTRAS MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS. ESPECIFICAR:	

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	
	EXAME SOROLÓGICO (IgM)		IMUNOHISTOQUÍMICA
	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
RT - PCR			
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
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)		
	56 – O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 3 – INDETERMINADO	57 – UF	58 - PAÍS
	59 – MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	60 – DISTRITO
	CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO		
	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	