



SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA: início agudo com anemia hemolítica microangiopática, dano renal e plaquetopenia que se segue a um episódio de diarreia com ou sem sangue ocorrido em até três semanas antecedentes (Hemoglobina <10 mg/dL, ou Hematócrito <30% ou queda >5%, com alterações microangiopáticas; dano renal evidenciado por hematúria, proteinúria e uremia >50mg/dL em ausência de desidratação ou creatinina >1mg/dL ou aumento de 50% dos valores no início da doença. Se a contagem de plaquetas após sete dias do início da doença gastrointestinal aguda não for menor que 150.000/mm³, outros diagnósticos devem ser considerados. Mais frequente em crianças menores de 5 anos. Palidez, oligúria, petéquias e hematomas são manifestações comuns. Letargia ou convulsões podem estar presentes.

NOTA: A investigação deve procurar exposição a alimentos de risco como carne mal cozida ou crua, leite não pasteurizado ou não fervido, verduras e frutas contaminadas com fezes de gado, entre outros que podem veicular a *E. coli* O157:H7 e outras STEC (*Shiga Toxin-producing E. coli*).

Dados Gerais	1	Tipo de notificação	2-Individual	
	2	Agravo/doença	SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA	Código(CID10) D59.3
	3	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de notificação
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 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11	Sexo M-Masculino F-Feminino I-Ignorado
	12	Gestante 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4- Idade gestacional 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	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(IGBE)	19	Distrito
	20	Bairro	21	Logradouro(rua,avenida,...)	Código		
	22	Número	23	Complemento(apto.,casa,...)	24	Geocampo1	
	25	Geocampo2	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	Viagem para outros locais na semana antes dos primeiros sintomas? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Se sim, local _____				
	34	Contato anterior com caso de diarreia na semana antes dos primeiros sintomas? 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Outros 6 - Sem contato 9 - Ignorado		35	Nº de casos conhecidos de diarreia no período?	
	36	Origem da água 1 - Sistema público de abastecimento de água 2 - Outro _____	37	Destino dos dejetos 1 - Público 2 - Fossa séptica 3 - Outro _____	38	Destino do lixo 1 - Público 2 - Lançado no meio ambiente 3 - Outro _____
	39	Contato com águas de recreação na semana antes da doença? 1 - piscina 2 - lago 3 - rio 4 - parque aquático 5 - outro _____		40	Contato com animais 1 - domésticos 2 - gado 3 - Outro _____	
	41	Aleitamento materno (para crianças < 5 anos) 1 - Materno até ____ meses 2 - Mista de ____ a ____ meses 3 - Heteróloga de ____ a ____ meses		42	Marca do leite _____ Pasteurizado? 1 - Sim 2 - Não	
	43	Hábitos alimentares 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Ingestão de pratos a base de carne moída <input type="checkbox"/> Frutas e verduras sem higienização com cloro <input type="checkbox"/> Leite sem ferver <input type="checkbox"/> Água direto da torneira				
	44	Ingestão de alimentos crus ou mal cozidos? 1 - Sim 2 - Não 3 - Raramente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				

Dados Clínicos	45 Data da primeira consulta (no episódio de diarreia ou da síndrome)	46 Data da suspeição clínica	47 Ocorreu hospitalização? 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado	48 Data da internação	
	49 UF	50 Município do Hospital	Código(IBGE)		
	51 Nome do Hospital			Código	
	52 Sinais e sintomas 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Complicações ocorridas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Diarréia: <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta Data do início ___/___/___ Duração ___ dias Nº Evacuações (em 24 horas) ___ <input type="checkbox"/> Desidratação: <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Diurese: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Choque Estado Nutricional: <input type="checkbox"/> Desnutrição: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial:		<input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Sangramento intestinal <input type="checkbox"/> Irritabilidade/apreensão <input type="checkbox"/> Paralisia/hemiparesia <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda <input type="checkbox"/> Outras _____			
Leucócitos: _____ Hematócrito: _____ Plaquetas: _____ (valor mais alto) (valor mais baixo) (valor mais baixo) Uréia: _____ Creatinina: _____ Na+: _____ K+: _____ Desidrogenase láctica: _____ Outros: _____		Sistólica ___ mmHg/Diastólica ___ mmHg			

Pesquisa do agente etiológico

Dados Laboratoriais	54 Coleta de material 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Resultado	56 Microorganismo isolado e data do resultado	57 Nome do Laboratório que fez o exame do material	58 Tipo de coleta de fezes
	<input type="checkbox"/> Sangue (Hemocultura) data da coleta ___/___/___ <input type="checkbox"/> Fezes (Coprocultura) data da coleta ___/___/___ <input type="checkbox"/> Urina (Urocultura) data da coleta ___/___/___ <input type="checkbox"/> Outro data da coleta ___/___/___ <input type="checkbox"/> Leucócitos em material fecal	<input type="checkbox"/> 1 - positivo <input type="checkbox"/> 2 - negativo <input type="checkbox"/> 3 - não realizado <input type="checkbox"/> 4 - inconclusivo	_____/___/___ _____/___/___ _____/___/___	_____ _____	1 - Swab retal 3 - Fezes in natura 2 - Swab fecal 4 - Papel de filtro 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
61 Resultado do IAL Sorotipo identificado _____ Data ___/___/___ Fez PFGE? 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado Se sim, Data ___/___/___ <input type="checkbox"/>		59 Uso de antibióticos antes da coleta do material? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		60 Encaminhamento da cepa para o IAL? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, data do encaminhamento ___/___/___	
62 A cepa apresentou similaridade genética com outra cepa possivelmente indicando surto? 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					

Tratamento	63 Reidratação <input type="checkbox"/>	64 Diálise Duração: ___ dias	65 Antibióticos utilizados Duração (em dias)
	1 - Oral 3 - Oral/Venosa 2 - Venosa 4 - Não 9 - Ignorado	1 - Diálise peritoneal <input type="checkbox"/> 2 - Hemodiálise 3 - Não 9 - Ignorado	Atb1 _____ Duração _____ Atb2 _____ Duração _____ Atb3 _____ Duração _____
66 Transfusões Nº de transfusões _____		67 Plasmaferese <input type="checkbox"/>	68 Laparotomia ou outra cirurgia Abdominal <input type="checkbox"/>
1 - Hemácias ou sangue total 2 - Plaquetas <input type="checkbox"/> 3 - Plasma fresco congelado 4 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Qual: _____

Via de Transmissão	69 Via de transmissão <input type="checkbox"/>	70 Se alimento suspeito, qual?	71 Produção do alimento suspeito	72 Marca do alimento ou procedência
	1 - Alimento 2 - Água 3 - Pessoa-a-pessoa 9 - Ignorado 4 - Outro _____	_____	1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Industrial/Comercial <input type="checkbox"/> Caseira	_____
	73 Exposição ao Alimento <input type="checkbox"/>	74 Se única, tempo decorrido entre a ingestão e o início dos sintomas: ___ horas	75 Se múltipla, tempo decorrido entre a primeira ingestão e o início dos sintomas: ___ horas e entre a última ingestão e o início dos sintomas: ___ horas	76 Local da ingestão <input type="checkbox"/>
1 - Única 2 - Múltipla 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	_____	_____	1- Domicílio 2 - Trabalho 3 - Creche/Escola 4 - Bar/lanchonete/Restaurante 5 - Festa 9 - Ignorado 6 - Outro _____	
77 Município onde ingeriu o alimento suspeito Código(IBGE) _____		78 Número de pessoas (comensais) que consumiu o Alimento Suspeito _____ O caso esteve vinculado a surto? 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		

Conclusão	79 Classificação final <input type="checkbox"/>	80 Critério de confirmação/Descarte	81 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Descartado (especificar outro diagnóstico) _____	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>	1 - Cura 2 - Óbito 3 - Insuficiência renal 9 - Ignorado 4 - Outro _____
82 Data da Alta Hospitalar _____		83 Data do Óbito _____	84 Doença relacionada ao trabalho? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
85 Data do encerramento _____			

Investigador	Município/Unidade de Saúde _____	Cód.daUnid.deSaúde _____
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____