



CASO SUSPEITO: Paciente com febre, mialgia, cefaléia 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, cefaléia 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 Agravado/doença **HANTAVIROSE** Código (CID10) **A 98.8** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sinomas

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 Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 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 à 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 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 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 expôs-se a atividades ligadas a:

- Treinamento militar em área rural ou silvestre
- Desmatamento, aragem de terra, plantio agrícola, colheita agrícola, corte de lenha e outros semelhantes
- Exposição e/ou limpeza de casa, despensa, galpão, depósitos, sótão, porão e outros semelhantes
- Moagem e/ ou armazenamento de grãos, arrumou ou moveu fardos de lenha, capim ou outros semelhantes
- Dormiu/descansou em barracas, galpão, paiol e outros locais semelhantes
- Transporte e ou carregamento (em veículos motorizados) de cargas em geral
- Pescou, caçou, realizou turismo rural ou participou de atividades de ecoturismo ou similares.
- Teve contato direto e/ ou viu rato silvestre ou do mato vivo ou morto ou suas excretas/vestigios (fezes, urina e/ou cheiro da urina, sangue, saliva, roeduras, pegadas, trilhas, manchas e outros sinais de ratos)
- Outras atividades/ exposições (outros animais ou suas instalações/ outros casos humanos de hantavírus ou outras). Especifique _____

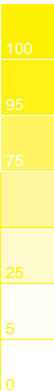
1- Sim
2- Não
9- Ignorado

Dados Clínicos

34 Data do 1º Atendimento 35 Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)

36 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- Febre
- Cefaléia
- Hipotensão
- Dor Torácica
- Sintomas Neurológicos
- Outros (Especificar) _____
- Tosse Seca
- Mialgia Generalizada
- Choque
- Tontura/ Vertigem
- Astenia
- Dispnéia
- Dor Lombar (região dos rins)
- Náuseas/ Vômito
- Insuficiência Cardíaca
- Petéquias (manchas de sangue sob a pele)
- Insuficiência Respiratória Aguda
- Dor Abdominal
- Diarréia
- Insuficiência Renal
- Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) _____



Dados do Laboratório

37 Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

38 Resultado A
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado
 Hematócrito > 45% TGO _____
 Trombocitopenia TGP _____
 Linfócitos Atípicos
 Aumento de Uréia e Creatinina

39 Resultado B (Leucócitos)
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
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se Sim, Apresentou Alguma destas Alterações
 Infiltrado Pulmonar Difuso Derrame Pleural
 Infiltrado Pulmonar Localizado

EXAME SOROLÓGICO ((IgM))

42 Data da Coleta _____

43 Resultado
1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

MUNOHISTOQUÍMICA

44 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR

45 Data da Coleta _____

46 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Hospitalização

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 Suporte Terapêutico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Ficou no Respirador Mecânico Usou Medicamento Antiviral (Ribavirina) Usou Corticóide CPAP/BIPAP
 Usou Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares) Usou Antibióticos Outro Tipo de Tratamento _____

53 Classificação Final
1-Confirmado 2-Descartado

54 Forma Clínica
1- Prodrômica ou inespecífica
2- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus

55 Critério de Diagnóstico
1- Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico

LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (nos últimos 60 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

57 UF _____

58 País _____

59 Município _____ Código (IBGE) _____

60 Distrito _____

61 Bairro _____

Conclusão

Característica do Local Provável de Infecção

62 Zona do Provável Local de Infecção
1 - Urbana
2 - Rural
3 - Periurbana
9 - Ignorado

63 Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção
1-Domiciliar 4- Outro _____
2-Trabalho 9- Ignorado
3- Lazer

64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município
_____ Km ao 1-Sul 3-Leste
2-Norte 4-Oeste

65 Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por hantavirose
3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado

66 Data do Óbito ou da Alta Hospitalar _____

67 Se Óbito, Realizou Autópsia
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

68 Doença Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

69 Data do Encerramento _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

