



CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre, cefaléia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios: **Critério 1-** antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco); **Critério 2-** pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **LEPTOSPIROSE** Código (CID10): **A27.9**

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 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 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 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 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 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Água ou lama de enchente Criação de animais Caixa d'água

Fossa, caixa de gordura ou esgoto Local com sinais de roedores Plantio/ colheita (lavoura)

Rio, córrego, lagoa ou represa Roedores diretamente Armazenamento de grãos/ alimentos

Terreno baldio Lixo/ entulho Outras _____

34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses: Casos Humanos Casos Animais 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Dados Clínicos

35 Data de Atendimento: _____ 36 Sinais e Sintomas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Mialgia Cefaléia Prostração

Congestão conjuntival Dor na panturrilha Vômito Diarréia

Icterícia Insuficiência renal Alterações res piratórias Alterações cardíacas

Hemorragia pulmonar Outras hemorragias Meningismo Outros, quais? _____

Atendimento

37 Ocorreu Hospitalização: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

38 Data da Internação: _____ 39 Data de Alta: _____

40 UF: _____ 41 Município do Hospital: _____ Código (IBGE): _____

42 Nome do Hospital: _____ Código: _____

Sorologia IgM - Elisa

43 Data da Coleta - 1ª amostra 44 Resultado 1ª Amostra 45 Data da Coleta - 2ª amostra 46 Resultado 2ª Amostra
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Microalutinação

47 Data da Coleta - Micro 1ª amostra 48 Micro 1ª Amostra 49 Micro 1ª Amostra
 1º sorovar título 2º sorovar título

50 Resultado MICRO-aglutinação 1ª Amostra
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

51 Data da Coleta - Micro 2ª amostra 52 Micro 2ª Amostra 53 Micro 2ª Amostra
 1º sorovar título 2º sorovar título

54 Resultado MICRO-aglutinação 2ª Amostra
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

Isolamento

55 Data da Coleta 56 Resultado
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Imunohistoquímica

57 Data da Coleta 58 Resultado
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR

59 Data da Coleta 60 Resultado
 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Dados do Laboratório

61 Classificação Final 62 Critério de Confirmação ou Descarte
 1-Confirmado 2-Descartado 1-Clinico-Laboratorial 2-Clinico- Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

63 O caso é autóctone do município de residência? 64 UF 65 País
 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

66 Município Código (IBGE) 67 Distrito 68 Bairro

Característica do Local Provável de Infecção

69 Área provável de Infecção 70 Ambiente da Infecção
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado

71 Doença Relacionada ao Trabalho 72 Evolução do Caso
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

73 Data do Óbito 74 Data do Encerramento

Conclusão

Informações complementares e observações

Data e Endereço se esteve em Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas

Data	UF	Município	Endereço	Localidade

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde Sinan NET Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

LEPTOSPIROSE 15/12/2009 MR COREL

Leptospirose SVS 02/02/2007