



## **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

Data de atualização: 16 de novembro de 2022.

### **INFORME TÉCNICO Nº 1/2022 – DVHEPA/CVE/CCD/SES-SP, CENTRAL/CIEVS – SP/CVE/CCD/SES-SP E CENTRO DE VIROLOGIA/INSTITUTO ADOLFO LUTZ**

#### **Atualização: notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos de hepatite aguda grave de etiologia a esclarecer**

Considerando o OFÍCIO CIRCULAR Nº 120/2022/SVS/MS de 28 de junho de 2022, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) definiu que será responsável, em conjunto com a Coordenação Estadual de Hepatites Virais de São Paulo, pela vigilância de casos de hepatite aguda grave de etiologia a esclarecer (HAGEE) em criança/adolescente menor de 17 anos, bem como pela análise do perfil epidemiológico das notificações, pela atualização de definições de caso e pelo direcionamento das ações de vigilância no país.

A Divisão de Hepatites Virais (DVHEPA) do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) orienta sobre a notificação, a investigação e o fluxo laboratorial de caso suspeito de HAGEE em criança/adolescente menor de 17 anos.



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

### 1. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Somente notificar, no formulário do CeVeSP, se o caso for classificado como "suspeito" de HAGEE, ou seja, o caso **tem que preencher o critério 1 ou o critério 2. Não notificar no SINAN.**

Se o caso não preencher o critério 1 ou 2, não notificar no CeVeSP e o paciente continuará acompanhamento médico, conforme quadro clínico apresentado.

#### **CRITÉRIO 1**

Todo caso de criança/adolescente menor de 17 anos, apresentando hepatite aguda\*, com **TODAS** as evidências abaixo:

- Aumento de transaminase sérica aspartato transaminase (AST) e/ou alanina transaminase (ALT)  $\geq 500$  UI/L, **e**
- Resultado laboratorial negativo para dengue, **e**
- Resultado laboratorial negativo para hepatite viral A, **e**
- Resultado laboratorial negativo para hepatite viral B, **e**
- Sem causa de origem não infecciosa\*\* que justifique o quadro (genética, congênita e/ou metabólica), a partir do dia 20 de abril de 2022.

\*Sinais e sintomas de hepatite aguda: náusea, vômito, dor abdominal, letargia, fadiga, mialgia, diarreia, icterícia, febre. Em casos graves, insuficiência hepática aguda com encefalopatia.

\*\*Exemplos de causas de hepatite aguda de origem não infecciosa: distúrbios autoimunes, causas metabólicas, doença de Wilson.



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

### **CRITÉRIO 2**

Todo caso de criança/adolescente menor de 17 anos, apresentando hepatite aguda, que:

- Evoluiu para hepatite fulminante\*\*\* de etiologia desconhecida, e
- Apresentou necessidade de transplante de fígado ou evolução para óbito a partir do dia 1º de outubro de 2021

\*\*\*Sinais e sintomas de hepatite fulminante: insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial.

Como a categoria "caso suspeito" é uma classificação temporária, todo caso deve ser classificado em provável, descartado ou inconclusivo no encerramento da investigação.

### **O caso suspeito deverá ser NOTIFICADO à DVHEPA por:**

- Preenchimento do formulário de notificação de caso suspeito de HAGEE em criança/adolescente menor de 17 anos (<https://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/hepatites>)
- Em caso de dúvidas, entre em contato pelo e-mail [dvhepa@saude.sp.gov.br](mailto:dvhepa@saude.sp.gov.br) ou pelos telefones: (11) 3066-8755 ou 3066-8754.
- O dicionário de dados da ficha de notificação de HAGEE está descrito no Anexo I.



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

O caso suspeito será encerrado como **CASO PROVÁVEL** se apresentar TODAS as evidências abaixo:

- Resultado laboratorial negativo para hepatite viral C, **e**
- Resultado laboratorial negativo para hepatite viral E, **e**
- Resultado laboratorial negativo para Chikungunya, **e**
- Resultado laboratorial negativo para Zika, **e**
- Resultado laboratorial negativo para febre amarela, **e**
- Resultado laboratorial negativo para citomegalovírus, **e**
- Resultado laboratorial negativo para Epstein-Barr.

O caso suspeito será encerrado como **CASO DESCARTADO** se, após a investigação, não atendeu os critérios de caso provável.

E o caso suspeito será encerrado como **CASO INCONCLUSIVO** se, após a investigação, não atendeu os critérios de caso provável ou como caso descartado, após 60 dias do momento da identificação do caso suspeito.

Até o presente momento não está estabelecido o critério de definição de CASO CONFIRMADO para a HAGEE.

Informações complementares que surgirem durante a investigação, assim como atualização dos resultados de exames do caso notificado, deverão ser atualizadas pelo notificante/município/GVE/DVHEPA, editando o formulário de notificação no CeVeSP, pelo *link*:

<https://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/hepatites/buscar>



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

A busca deve ser realizada através do código/chave de acesso que aparece após salvar a ficha, conforme exemplo a seguir:

Sua notificação foi registrada com sucesso.

Guarde este código: 1664396028.0463

Grato pela Notificação!!

## 2. FLUXO LABORATORIAL

Apesar de ainda não haver definição/confirmação do agente etiológico envolvido, deve-se investigar, também, sequencialmente marcadores para dengue, hepatite viral A e hepatite viral B. Se preencher o critério 1 ou critério 2, notificar HAGEE no formulário do CeVeSP e o caso será classificado como "caso suspeito" temporariamente.

Para a realização de alguns exames no Instituto Adolfo Lutz (IAL), conforme Quadro 1 e Quadro 2, cadastrar as amostras no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) como HAGEE:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA SAUDE ESTADO DE SAO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICACAO FICHA DE SOLICITACAO DE EXAMES		Nº		
Requisitante	1 Laboratório	Código	2 Data de Entrada			
	3 Município de Notificação		Código IBGE			
	4 Unidade de Saúde		Código (SIA/SUS)			
	5 Endereço		6 (DDD) Telefone			
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente		8 Número do Cartão SUS			
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Suspeita Clínica	<b>Hepatite Aguda Grave de Etiologia a Esclarecer</b>				
	13 Caso	14 Data dos Primeiros Sintomas	15 Exame			
	16 Material Enviado		<b>soro, fezes ou swab retal, swab nasofaríngeo e óbitos: fragmentos de fígado in natura ou fragmentos de órgãos em formol</b>			
	19 Gestante	20 Paciente tomou vacina?		Data		
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se sim, especificar:				
	21 Requisitante			22 Data		

EXAME\_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidas as itens 1 a 11. Quando o labor de comunicação não preencher o item 14.



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

Quadro 1. Tipo de amostras de sangue, swab nasofaríngeo e fezes ou swab retal, orientação de coleta, armazenamento e transporte para a pesquisa de agentes etiológicos.

Tipo de Amostras	Orientações de coleta	Armazenamento	Acondicionamento e Transporte	Pesquisa de agentes etiológicos
<b>Sangue</b>	25ml de sangue em tubo seco, sem anticoagulante, preferencialmente com gel separador -tampa amarela ou vermelha - identificar (NOME DO PACIENTE; CPF/CNS; DATA DE NASCIMENTO; NOME DA MÃE; DATA E HORA DA COLETA; MATERIAL, MUNICÍPIO); NÃO ABRIR O TUBO E NEM TRANSFERIR O SORO PARA OUTRO TUBO. Deixar o tubo em repouso a temperatura ambiente por 30 minutos e centrifugar a 2500-3000 RPM/15min, antes de enviar	Refrigerar entre 2° a 8° por até 6 horas. Congelar a amostra centrifugada a -20°C, caso necessite armazenar por período superior a 6h. Enviar em 24 a 48 horas para o Laboratório.	Sob refrigeração, em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável, acondicionado em estante, sem contato direto com o gelo.	Hepatites virais B e C; arboviroses; adenovírus; CMV; EBV; SARS-CoV-2 (sorologia para menores de 05 anos, não vacinados, com PCR negativo)
<b>Swab nasofaríngeo</b>	1 swab de orofaringe e 1 swab passado nas duas narinas, em tubo com solução salina - identificar (NOME DO PACIENTE; CPF/CNS; DATA DE NASCIMENTO; NOME DA MÃE; DATA E HORA DA COLETA; MATERIAL, MUNICÍPIO)	Refrigerar entre 2° a 8° por até 48 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o Laboratório. Após esse prazo congelar a -20°C.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável.	SARS-CoV-2
<b>Fezes ou swab retal</b>	Fezes <i>in natura</i> , (1/3 do coletor universal) frasco de boca larga estéril, com tampa rosqueada. Na impossibilidade de se conseguir as fezes, utilize swab retal. - identificar (NOME DO PACIENTE; CPF/CNS; DATA DE NASCIMENTO; NOME DA MÃE; DATA E HORA DA COLETA; MATERIAL, MUNICÍPIO)	Refrigerar entre 2° a 8° por até 48 horas. Enviar em 24 a 48 horas para o Laboratório. Após esse prazo congelar a -20°C.	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável ou gelo seco. A amostra deverá ser acondicionada individualmente em saco plástico.	Adenovírus, Norovírus e Enterovírus
<b>Óbitos: fragmentos de fígado in natura</b>	Fragmento de fígado in natura, acondicionado em frasco plástico estéril	Congelar a -20°C	Sob refrigeração em caixa de transporte de amostra biológica, com gelo reciclável.	Arboviroses
<b>Óbitos: fragmentos de órgãos em formol</b>	Fragmento de fígado acondicionado em frasco de boca larga com formalina tamponada	Manter em temperatura ambiente.	Transportar em temperatura ambiente, não superior a 40°C.	



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

Quadro 2. Orientações para o diagnóstico de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida.

Tipo de Diagnóstico	Metodologia	Tipo de material	Fluxo Laboratorial
Hepatite A	Sorologia	1 tubo soro 5ml, Tampa amarela/vermelha	Laboratórios municipais ESP
Hepatite B e Hepatite C	RT-PCR	1 tubo soro 5ml, Tampa amarela/vermelha	IAL Central - LH/CV
Dengue, Chikungunya, Zika vírus e Febre amarela	Sorologia e RT-PCR	1 tubo soro 5ml, Tampa amarela/vermelha	IAL Central - NDTV/CV
Adenovírus	RT-PCR	1 tubo soro 5ml, Tampa amarela/vermelha	IAL Central - NDE/CV
Adenovirus, Enterovírus e Norovírus	RT-PCR	Fezes ou swab retal	
SARS-CoV-2	RT-PCR	Secreção de naso-orofaringe	IAL Central - NDR/CV
Citomegalovírus - CMV e Epstein-Barr	RT-PCR	1 tubo soro 5ml, Tampa amarela/vermelha	

O IAL-Central encaminhará amostra para FIOCRUZ IOC LABORATORIO DE HEPATITES VIRAIS para realização dos testes para Hepatite E (Anti-HEV IgM, Anti-HEV IgG e HEV-RNA).

### Anexo I

<b>Data Notificação*</b>	Data de notificação do caso	dt_notificacao_Sinan	dd-mm-aaaa
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	n_cnes	Campo numérico
<b>E-mail para contato*</b>	E-mail do profissional	email_notificante	Inserir e-mail válido
<b>Nome do responsável pela notificação*</b>	Nome completo do profissional que notificou o caso	Nome_notificante	Campo aberto
<b>Telefone para contato*</b>	Telefone do profissional notificante	fone_notificante	xx - xxxxxxxxx
<b>Nome do estabelecimento de saúde</b>	Nome do estabelecimento onde foi realizada a notificação	Nome_Estabelecimento_Saude	Campo aberto



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Município Notificador</b>	Município em que a notificação foi realizada	Municipio_Notifica	A lista de Municípios é apresentada de acordo com as primeiras letras digitadas no campo
<b>Endereço do estabelecimento de saúde (Logradouro, Numero, Cep, Bairro)</b>	Endereço do estabelecimento onde foi realizada a notificação	enderecoEstabelecimento_Saude	Campo aberto
<b>Nome do Paciente*</b>	Nome completo do paciente	nome_paciente	Campo aberto
<b>Data de nascimento</b>	Data de nascimento do paciente	dt_nascimento	dd-mm-aaaa
<b>Sexo</b>	Sexo do paciente	sexo	0 " " 1 Masculino 2 Feminino 3 Não declarado 0 " "
<b>Raca_cor</b>	Raça/cor que paciente refere	Raca_cor	1 Branca 2 Negra 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 6 Ignorada
<b>Nome da Mãe</b>	Nome da mãe do paciente	Nome_mae	Campo aberto
<b>Cep</b>	CEP do endereço de residência	CepResid	xxxxx-xxx
<b>UF</b>	UF de residência	uf_residencia	Selecionar UF de residência
<b>Município de residência</b>	Município de residência do paciente	Municipio_resid	A lista de Municípios é apresentada de acordo com as





## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

			primeiras letras digitadas no campo
<b>Endereço</b>	Endereço de residência do paciente (avenida, rua, estrada etc.)	endereco_res	Campo aberto
<b>Número</b>	Número do domicílio	numero_res	Campo numérico
<b>Complemento</b>	Número do apartamento, bloco etc.	compl_res	Campo aberto
<b>Bairro</b>	Bairro de residência	Bairro_res	Campo aberto
<b>Telefone</b>	Número do telefone para contato, com DDD	fone_pac	xx - xxxxxxxxxx
<b>Data do início dos sintomas gerais*</b>	Data de início dos sintomas	dt_sintomas	dd-mm-aaaa
<b>Data do início dos sintomas de hepatite</b>	Data de início dos sintomas sugestivos de hepatite	dt_sintomasHepato	
<b>Icterícia</b>	Paciente apresenta icterícia – selecionar opção	sin_Ictericia	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Vômito</b>	Paciente apresenta vômito – selecionar opção	sin_vomito	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Colúria</b>	Paciente apresenta colúria – selecionar opção	sin_Coluria	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Acolia</b>	Paciente apresenta acolia – selecionar opção	sin_Acolia	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Febre</b>	Paciente apresenta febre – selecionar opção	sin_febre	9 " " 0 Não 1 Sim



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Diarreia</b>	Paciente apresenta diarreia – selecionar opção	sin_diarreia	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Mialgia</b>	Paciente apresenta mialgia – selecionar opção	sin_Mialgia	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Letargia</b>	Paciente apresenta letargia– selecionar opção	sin_Letargia	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Dor Abdominal</b>	Paciente apresenta dor abdominal– selecionar opção	sin_DorAbdominal	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Náuseas</b>	Paciente apresenta náuseas – selecionar opção	sin_Nauseas	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Fadiga</b>	Paciente apresenta fadiga– selecionar opção	sin_Fadiga	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Encefalopatia hepática</b>	Paciente apresenta encefalopatia hepática – selecionar opção	sin_EncefaloHepatica	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Sintomas Respiratórios Recentes</b>	Paciente apresenta sintomas respiratórios recentes – selecionar opção	sin_Respiratorio	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Data de início dos Sintomas Respiratórios</b>	Informar a data em que o paciente começou a apresentar os sintomas respiratórios	Dt_sinRespiratorio	dd-mm-aaaa
<b>Exantema rash</b>	Paciente apresenta exantema rash – selecionar opção	sin_ExaRash	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Outros sintomas</b>	Outros sintomas que paciente refere e/ou apresenta, que não tenham sido listados anteriormente	sin_OutrosSN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Quais outros sintomas</b>	Informar outros sintomas que paciente refere e/ou apresenta	sin_Outros	Campo aberto



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Número GAL</b>	Informar número GAL	n_gal	Campo aberto
<b>TGO</b>	Não   Sim	exameTGO_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado*</b>	Informar o resultado	ResultadoTGO	Campo numérico
<b>TGP</b>	Não   Sim	exameTGP_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado*</b>	Informar o resultado	ResultadoTGP	Campo numérico
<b>Bilirrubina direta</b>	Não   Sim	exameBilirrubina_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoBilirrubina	Campo numérico
<b>Bilirrubina indireta</b>	Não   Sim	exameBilirrubinaIndireta_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoBilirrubinaIndireta	Campo numérico
<b>INR</b>	Não   Sim	exameInr_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoInr	Campo numérico
<b>Fosfatase Alcalina</b>	Não   Sim	exameFA_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoFA	Campo numérico
<b>Plaquetas</b>	Não   Sim	examePlaquetas_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoPlaquetas	Campo numérico
<b>GGT</b>	Não   Sim	exameGgt_YN	9 " " 0 Não 1 Sim



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
 Coordenadoria de Controle de Doenças  
 Centro de Vigilância Epidemiológica  
 "Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoGgt	Campo numérico
<b>GamaGlobulina</b>	Não   Sim	exameGamaGlobulina_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultado</b>	Informar o resultado	ResultadoGamaGlobulina	Campo numérico
<b>Outros exames</b>	Outros exames laboratoriais que o paciente tenha realizado e que sejam relevantes para avaliação do caso	exameOutros_YN	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Resultados</b>	Informar o nome do exame laboratorial e respectivo resultado	ResultadoOutros	Campo aberto
<b>Agravos:</b>	Testes	Opções de resultados:	Data da coleta:
<b>Hepatite A</b>	RT-PCR Swab Naso-Orofaringe	<b>Sorologia</b>	dd-mm-aaaa
<b>Hepatite B</b>	RT-PCR - Soro	9 " "	
<b>Hepatite C</b>	RT-PCR - Fezes ou Swab Retal	0 N/R	
<b>Hepatite E</b>	Sorologia IgM	1 Reagente	
<b>Dengue</b>	Teste rápido antígeno	2 Não reagente	
<b>SARS-CoV2</b>	HBsAg	3 Indeterminado/Inconclusivo	
<b>Chikungunya</b>		<b>RT-PCR</b>	
<b>Zika</b>		9 " "	
<b>Febre Amarela</b>		0 N/R	
<b>Enterovírus</b>		1 Detectável	
<b>Citomegalovírus</b>		2 Não detectável	
<b>Epstein-Barr</b>		3 Indeterminado/Inconclusivo	
<b>Adenovírus</b>			
<b>Tomou Vacina contra COVID-19</b>	Não   Sim   Não Elegível – informar se paciente tomou a vacina contra COVID-19	VacinadoCovid	9 " " 0 Não 1 Sim 2 Não Elegível
<b>Data Primeira Dose</b>	Caso tenha tomado a primeira dose, informar a data	Dt_PrimeiraDose	dd-mm-aaaa
<b>Fabricante da Vacina</b>	Nome do fabricante da primeira dose da vacina	Fabricante_PrimeiraDose	Campo aberto



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Data Segunda Dose</b>	Caso tenha tomado a segunda dose, informar a data	Dt_SegundaDose	dd-mm-aaaa
<b>Fabricante da Vacina</b>	Nome do fabricante da primeira dose da vacina	Fabricante_SegundaDose	Campo aberto
<b>Data Terceira Dose</b>	Caso tenha tomado a terceira dose, informar a data	Dt_TerceiraDose	dd-mm-aaaa
<b>Fabricante da Vacina</b>	Nome do fabricante da primeira dose da vacina	Fabricante_TerceiraDose	Campo aberto
<b>Realizou viagem nos últimos 3 meses?</b>	Não   Sim – informar se paciente realizou viagem fora do município de residência, nos três meses anteriores ao início dos sintomas	viagou	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Data da Viagem</b>	data da viagem realizada	Dt_viagem	dd-mm-aaaa
<b>Local de destino</b>	informar o destino da viagem realizada	Local_Viagem	dd-mm-aaaa
<b>Já teve COVID-19 anteriormente</b>	Não   Sim – informar se paciente já teve COVID-19	CovidAnteriorNotificaHepatite	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Data aproximada da infecção (MM-AAAA)</b>	Em caso de infecção por COVID-19 anterior, informar qual o mês e ano aproximado da ocorrência	Dt_ConvidAnteriorNotificaHepatite	mm-aaaa
<b>Algun familiar apresentou COVID-19 ou relato da infecção nos últimos 2 meses</b>	Não   Sim – informar se algum familiar do paciente apresentou COVID-19 ou se há relato de infecção nos últimos dois meses	FamiliarCovidAnterior	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Fez Exame PCR ou Antígeno na época</b>	Não   Sim – informar se paciente realizou teste de RT-PCR ou antígeno na época	ExamePCR_Antigeno_CovidAssocia do	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Data do resultado</b>	Caso tenha realizado teste de RT-PCR ou antígeno, informar a data	Dt_result_ConvidAnteriorNotificaHepatite	dd-mm-aaaa
<b>Comorbidade</b>	Não   Sim – informar se paciente possui alguma comorbidade	CoMorbidade	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Quais comorbidades</b>	Descrever comorbidades que paciente possui	QuaisComorbidades	Campo aberto



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Teve contato com caso semelhante a esta notificação</b>	Não   Sim – informar se paciente teve contato com outras pessoas que apresentaram sinais e sintomas semelhantes	ContatoCasoSemelhante	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Faz uso crônico de remédios</b>	Não   Sim – informar se paciente faz uso crônico de medicamentos	Remedios	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Quais?</b>	Caso o paciente faça uso crônico de algum medicamento, descrever quais são	QuaisRemedios	Campo aberto
<b>Fez uso algum dessas medicações para o quadro atual</b>	Informar se o paciente fez uso dos medicamentos abaixo para o quadro atual apresentado: Não   Sim		
<b>Paracetamol</b>	Não   Sim	Paracetamol	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Dipirona</b>	Não   Sim	Dipirona	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Ibuprofeno</b>	Não   Sim	Ibuprofeno	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Aines</b>	Não   Sim	Aines	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Outros</b>	Não   Sim	Outros	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Paciente internado</b>	Não   Sim – informar se paciente está/esteve internado	Internado	9 " " 0 Não 1 Sim
<b>Data da internação</b>	Caso tenha ocorrido internação hospitalar, informar a data	Dt_Internado	dd-mm-aaaa
<b>Data da alta</b>	Caso o paciente tenha sido internado e tenha recebido alta hospitalar, informar a data	Dt_alta	dd-mm-aaaa



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
"Prof. Alexandre Vranjac"

<b>Município Internação</b>	Município em que ocorreu a internação	Municipio_hospital	A lista de Municípios é apresentada de acordo com as primeiras letras digitadas no campo
<b>Local da Internação</b>	Informar em qual estabelecimento de saúde ocorreu a internação	LocalInternacao	Nome do Estabelecimento de Saúde
<b>Obs.</b>	Descrever informações que sejam relevantes para investigação e avaliação do caso	obs	Campo aberto
<b>Evolução</b>	Selecionar a evolução do caso – Cura   Em tratamento   Óbito por hepatite aguda   Óbito por outras causas	evolucao	0 " " 1 Cura 2 Em tratamento 3 Óbito por hepatite aguda 4 Óbito por outras causas
<b>Data do Óbito</b>	Caso o paciente tenha evoluído para óbito, informar a data da ocorrência	Dt_obito	dd-mm-aaaa
<b>Classificação final</b>	Selecionar a classificação final do caso - Provável   Descartado   Inconclusivo	classificaFim	0 " " 1 Provável 2 Descartado 5 Inconclusivo

\*Campos obrigatórios

Observações:

- Códigos 0 " " e 9 " ": campo em branco, ou seja, não houve a seleção da opção de resposta para a respectiva variável;
- Na Classificação final, como todo caso notificado é suspeito, inicialmente o campo ficará em branco até ser classificado posteriormente em Provável | Descartado | Inconclusivo.