

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		Código (CID10)	3	Data da Notificação									
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)									
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7		Data dos Primeiros Sinomas							
	8	Nome do Paciente				9				Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade		11	Sexo		12	Gestante		13	Raça/Cor				
Dados de Residência	14	Escolaridade													
	15	Número do Cartão SUS				16						Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)		19		Distrito					
Antecedentes Epidemiológicos	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		30				País (se residente fora do Brasil)	
	31		Data da Investigação		32						Ocupação				
Dados Clínicos	33												Nas últimas 8 semanas (60 dias antes do início dos sintomas), desenvolveu e/ou expôs-se a atividades ligadas a:		
	<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/estímulos (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 _____														
	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			
<input type="checkbox"/> Febre			<input type="checkbox"/> Tosse Seca			<input type="checkbox"/> Dispneia			<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda						
<input type="checkbox"/> Cefaléia			<input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada			<input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins)			<input type="checkbox"/> Dor Abdominal						
<input type="checkbox"/> Hipotensão			<input type="checkbox"/> Choque			<input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito			<input type="checkbox"/> Diarréia						
<input type="checkbox"/> Dor Torácica			<input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem			<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca			<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal						
<input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos			<input type="checkbox"/> Astenia			<input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele)			<input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) _____						
<input type="checkbox"/> Outros (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
 Infiltrado Pulmonar Localizado

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Derrame Pleural

Exame Sorológico (IgM)

42 Data da Coleta

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

Imunohistoquímica

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 _____

Conclusão

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

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 hantavírose
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