

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						
	HANTAVIROSE		A 98.8									
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7		Data dos Primeiros Sinomas				
	8	Nome do Paciente				9		Data de Nascimento				
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo		12	Gestante		13	Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado						
	14											
Dados Complementares do Caso	15											
	16											
	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		30		País (se residente fora do Brasil)		
Antecedentes Epidemiológicos	31		Data da Investigação		32		Ocupação					
	33											
Dados Clínicos	34		Data do 1º Atendimento		35		Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)					
	36											

Dados do Laboratório	37 Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	38 Resultado A 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Hematócrito > 45% <input type="checkbox"/> TGO _____ <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> TGP _____ <input type="checkbox"/> Linfócitos Atípicos <input type="checkbox"/> Aumento de Uréia e Creatinina	39 Resultado B (Leucócitos) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Se Sim, Apresentou Alguma destas Alterações <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Difuso <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Localizado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Derrame Pleural	
	Exame Sorológico (IgM)		Imunohistoquímica	
	42 Data da Coleta 	43 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	44 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
RT-PCR				
45 Data da Coleta 	46 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado			

Hospitalização	47 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ficou no Respirador Mecânico <input type="checkbox"/> Usou Medicamento Antiviral (Ribavirina) <input type="checkbox"/> Usou Corticóide <input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> Usou Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares) <input type="checkbox"/> Usou Antibióticos <input type="checkbox"/> Outro Tipo de Tratamento _____			

Conclusão	53 Classificação final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado	54 Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1- Prodrômica ou inespecífica 2- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus	55 Critério de Diagnóstico <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60 dias)			
	56 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	63 Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção <input type="checkbox"/> 1-Domiciliar 4- Outro _____ 2-Trabalho 9- Ignorado 3- Lazer	64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município Km ao <input type="checkbox"/> 1-Sul 3-Leste <input type="checkbox"/> 2-Norte 4-Oeste	
65 Evolução do Caso 1 - Cura 3 - Óbito por outra causa	2 - Óbito por hantavírose <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	66 Data do Óbito ou da Alta Hospitalar 		
67 Se Óbito, Realizou Autópsia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	68 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 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