

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave.  
Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença <b>LEPTOSPIROSE</b>		Código (CID10) A 27.9	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	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	
<input type="checkbox"/> Água ou lama de enchente <input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto <input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa <input type="checkbox"/> Terreno baldio <input type="checkbox"/> Criação de animais <input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores <input type="checkbox"/> Roedores diretamente <input type="checkbox"/> Lixo/ entulho <input type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura) <input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos <input type="checkbox"/> Outras _____		

34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
<input type="checkbox"/> Casos Humanos <input type="checkbox"/> Casos Animais

Dados Clínicos	35 Data de Atendimento	36 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival <input type="checkbox"/> Dor na panturrilha <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Alterações respiratórias <input type="checkbox"/> Alterações cardíacas <input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar <input type="checkbox"/> Outras hemorragias <input type="checkbox"/> Meningismo <input type="checkbox"/> 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   
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado

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

**Microaglutinação**

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

49 Micro 1ª Amostra   
 2º sorovar título 1:

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   
 1º sorovar título 1:

53 Micro 2ª Amostra   
 2º sorovar título 1:

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

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 (no período de 30 dias)**

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

**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  Código da Unid. de Saúde

Nome  Função  Assinatura

Leptospirose Sinan NET SVS 02/02/2007

Dados do Laboratório

Conclusão