

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		Código (CID10)	3	Data da Notificação	
	LEPTOSPIROSE		A 2 7 . 9				
Dados Gerais	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		11		Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12		Gestante		13		Raça/Cor		
			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano						1 - 1º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado		2 - 2º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica		1 - Branca 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		2 - Preta 3 - Amarela 9 - Ignorado		
	14		Escolaridade														
		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)															
		2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º 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"/> Criação de animais		<input type="checkbox"/> Caixa d'água			
		<input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto		<input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores		<input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura)			
		<input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa		<input type="checkbox"/> Roedores diretamente		<input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos			
		<input type="checkbox"/> Terreno baldio		<input type="checkbox"/> Lixo/ entulho		<input type="checkbox"/> Outras _____			

Antecedentes Epidemiológicos	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 - Clínico-Laboratorial 2 - Clínico-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