



CASO SUSPEITO: Paciente com doença febril, geralmente acima de 38 °C, mialgia, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: calafrio, astenia, dor abdominal, náusea, vômito e cefaléia, que pode evoluir, na primeira semana da doença, para insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada ou apresentar edema pulmonar não cardiogênico, ou; Paciente com enfermidade aguda apresentando quadro de edema pulmonar não cardiogênico com evolução para o óbito, ou; Paciente com história de doença febril e com exposição à mesma fonte de infecção de um ou mais caso(s) de hantavirose, confirmados laboratorialmente.

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,...)																								
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)																								
	24	Geo campo 1																										
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência																								
	27	CEP																										
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)																								
	31	Data da Investigação		32 Ocupação																								
	33	Nas últimas 8 semanas (60 dias antes do início dos sintomas), desenvolveu e/ou expôs-se a atividades ligadas a: <ul style="list-style-type: none"> <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/ vestígios (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 hantavirus ou outras). Especifique _____ 																										
Dados Clínicos	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 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Tosse Seca</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cefaléia</td> <td><input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada</td> <td><input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins)</td> <td><input type="checkbox"/> Dor Abdominal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipotensão</td> <td><input type="checkbox"/> Choque</td> <td><input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito</td> <td><input type="checkbox"/> Diarréia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dor Torácica</td> <td><input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos</td> <td><input type="checkbox"/> Astenia</td> <td><input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele)</td> <td><input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<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) _____		
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<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 Derrame Pleural
 Infiltrado Pulmonar Localizado

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 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 2-Trabalho 3- Lazer 4- Outro _____ 9- Ignorado

64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município _____ Km ao 1-Sul 2-Norte 3-Leste 4-Oeste

65 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por hantavirose 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 _____