

**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 <b>HANTAVIROSE</b>		Código (CID10) A 98.8	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 Sinomas	
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 à 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)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Antecedentes Epidemiológicos	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: <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/estígios (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 _____						
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 <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) _____						

<b>Dados do Laboratório</b>	<b>37</b> Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>38</b> 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	<b>39</b> 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	
	<b>40</b> Realizou Radiografia do Tórax <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>41</b> 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
	<b>Exame Sorológico (IgM)</b>		<b>Imunohistoquímica</b>	
	<b>42</b> Data da Coleta 	<b>43</b> Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	<b>44</b> Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
<b>RT-PCR</b>				
<b>45</b> Data da Coleta 	<b>46</b> Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado			

<b>Hospitalização</b>	<b>47</b> Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>48</b> Data da Internação 	<b>49</b> UF 	
	<b>50</b> Município do Hospital 	Código (IBGE)	<b>51</b> Nome do Hospital 	Código
	<b>52</b> 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 _____			

<b>Conclusão</b>	<b>53</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado	<b>54</b> Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1- Prodrômica ou inespecífica 2- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus	<b>55</b> Critério de Diagnóstico <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico	
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60 dias)</b>			
	<b>56</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	<b>57</b> UF 	<b>58</b> País 	
	<b>59</b> Município 	Código (IBGE)	<b>60</b> Distrito 	<b>61</b> Bairro 
	<b>Característica do Local Provável de Infecção</b>			
	<b>62</b> Zona do Provável Local de Infecção <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>63</b> Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção <input type="checkbox"/> 1-Domiciliar 4- Outro _____ 2-Trabalho 9- Ignorado 3- Lazer	<b>64</b> 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	
<b>65</b> Evolução do Caso 1 - Cura 3 - Óbito por outra causa	2 - Óbito por hantavírose <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>66</b> Data do Óbito ou da Alta Hospitalar 		
<b>67</b> Se Óbito, Realizou Autópsia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>68</b> Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>69</b> Data do Encerramento 		

Informações complementares e observações	

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde 	Cód. da Unid. de Saúde 	
	Nome 	Função 	Assinatura 