

CASO CONFIRMADO

Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente

- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A

- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:

. HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável

- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:

. Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável

- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:

. Anti-HDV total reagente . HDV-RNA detectável

- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:

. Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes . HEV-RNA detectável

- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	HEPATITES VIRAIS		B 19				
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante		
	1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		13 Raça/Cor		
	0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>		1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
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,...)		
	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 <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação	
	33	Suspeita de:		34	Tomou vacina para:	
	1 - Hepatite A <input type="checkbox"/> 2 - Hepatite B/C <input type="checkbox"/> 3 - Não especificada <input type="checkbox"/>		1 - Completa <input type="checkbox"/> 2 - Incompleta <input type="checkbox"/> 3 - Não vacinado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/>	
	35	Institucionalizado em				
1 - Creche <input type="checkbox"/> 2 - Escola <input type="checkbox"/> 3 - Asilo <input type="checkbox"/> 4 - Empresa <input type="checkbox"/> 5 - Penitenciária <input type="checkbox"/> 6 - Hospital/clínica <input type="checkbox"/> 7 - Outras <input type="checkbox"/> 8 - Não institucionalizado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>						
36	Agravos associados		37	Contato com paciente portador de HBV ou HBC		
1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Outras DSTs <input type="checkbox"/>		1-Sim, há menos de seis meses <input type="checkbox"/> 2-Sim, há mais de seis meses <input type="checkbox"/> 3-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
				Sexual <input type="checkbox"/> Domiciliar (não sexual) <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/>		

38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis | <input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing | <input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico |
| <input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack | <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados |
| <input type="checkbox"/> Drogas injetáveis | <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico | |
| <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado | <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário | |
| <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais | <input type="checkbox"/> Hemodiálise | |
| <input type="checkbox"/> Transplante | <input type="checkbox"/> Outras | |

39 Data do acidente ou transfusão ou transplante

--	--	--	--	--	--	--	--

40 Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para caso de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone

41 Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

42 Paciente encaminhado de

1- Banco de sangue
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)
3- Não se aplica

43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

--	--	--	--	--	--	--	--

44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA

1-Reagente	4-Não realizado	<input type="checkbox"/> HBsAg
2-Não reagente	9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Anti HBc (Total)
3-Inconclusivo		<input type="checkbox"/> Anti-HCV

45 Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido

--	--	--	--	--	--	--	--

46 Resultados Sorológicos/Viológicos/Teste rápido

1 - Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM
2 - Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM
3 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV
4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total)	<input type="checkbox"/> Anti -HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA

47 Genótipo para HCV

1-Genótipo 1	4-Genótipo 4	7-Não se aplica
2-Genótipo 2	5-Genótipo 5	9-Ignorado
3-Genótipo 3	6-Genótipo 6	

48 Classificação final

1 - Confirmação laboratorial
2 - Confirmação clínico-epidemiológica
3 - Descartado
4 - Cicatriz Sorológica
8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica

1 - Hepatite Aguda
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático
3 - Hepatite Fulminante
4 - Inconclusivo

50 Classificação Etiológica

01- Vírus A	06- Virus B e C
02- Vírus B	07- Virus A e B
03- Vírus C	08- Virus A e C
04- Vírus B e D	09- Não se aplica
05- Virus E	99- Ignorado

51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01-Sexual	05-Acidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada
02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado
04-Vertical			

52 Data do Encerramento

--	--	--	--	--	--	--	--

Observações:

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

Função

Assinatura