

**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
	LEPTOSPIROSE		A 27.9	Data da Notificação	
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	12	Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 4 - Idade gestacional 9 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 5 - Não	3 - 3º Trimestre 6 - Não se aplica	13	
	14		Escolaridade		13		Raça/Cor	
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)		1 - Branca 4 - Parda		
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)		2 - Preta 5 - Indígena		
6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)		7 - Educação superior incompleta		8 - Educação superior completa		3 - Amarela 9 - Ignorado		
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	30	País (se residente fora do Brasil)	
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

**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 _____			
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		38	Data da Internação		39	Data de Alta	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	40	UF	41	Município do Hospital			Código (IBGE)		
42		Nome do Hospital				Código			

