

**Definição de caso:** 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		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	HANTAVIROSE		A98.8		
DADOS GERAIS	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	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	14 Escolaridade			15 Etnia	
	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			1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Nacionalidade	
1- sim 2- não		1- sim 2- não			
Passaporte		Orientação sexual			
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência		19 DISTRITO	
			Código (IBGE)		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo	
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			
Unidade de Saúde de Referência					

Dados complementares do caso

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:	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	<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 hantavírus ou outras). Especifique _____	
	34 Data do 1º Atendimento	35 Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)
DADOS CLÍNICO		

DADOS CLÍNICOS	<b>36</b> Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <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"/> Outros manifestações hemorrágicas (Especificar) _____ <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____				
	<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		
DADOS DO LABORATÓRIO	<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 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Difuso <input type="checkbox"/> Derrame Pleural <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Localizado			
	<b>Exame Sorológico (IgM)</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>Imunohistoquímica</b> <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			
HOSPITALIZAÇÃO	<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 <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>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-Clinico Epidemiológico		
<b>Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60)</b> <b>56</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado					
<b>59</b> Município _____ Código (IBGE) _____	<b>60</b> Distrito _____	<b>57</b> UF _____	<b>58</b> País _____	<b>61</b> Bairro _____	
<b>Característica do Local Provável de Infecção</b> <b>62</b> Zona do Provável Local de Infecção: 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por hantavirose 3 - Óbito por outra causa 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 _____			
<b>OBSERVAÇÃO</b> _____ _____ _____ _____ _____					
Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde _____		
Nome _____		Função _____	Assinatura _____		