

**Definição de caso: : 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		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença <b>HEPATITES VIRAIS</b>		Código (CID10) <b>B 19</b>		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
	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	
	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 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) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não	Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não	CPF do paciente	Nacionalidade	
	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	Código (IBGE)	19 DISTRITO	
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Unidade de Saúde de Referência				

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

**31** Data da Investigação **32** Ocupação

**33** Suspeita de:  1 - Hepatite A  2 - Hepatite B/C  3 - Não especificada **34** Tomou vacina para:  Hepatite A  Hepatite B  
 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado

**35** Institucionalizado em:   
 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado

**36** Agravos associados  HIV/AIDS  Outras DSTs **37** Contato com paciente portador de HBV ou HBC  Sexual  Domiciliar ( não sexual )  Ocupacional  
 1-Sim 2- Não 9- Ignorado 1-Sim, há menos de seis meses 3-Não 2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado

**38** O paciente foi submetido ou exposto a:  Medicamentos Injetáveis  Drogas inaláveis ou Crack  Drogas injetáveis  Água/Alimento  Três ou mais parceiros sexuais  Transplante  Tatuagem/Piercing  Acupuntura  Tratamento Cirúrgico  Tratamento Dentário  Hemodiálise  Outras  Acidente com Material Biológico  Transfusão de sangue /derivados **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

DADOS DOS COMUNICANTES

**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- Outros 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 imunoglobuli na humana anti hepatite B 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

DADOS LABORATORIAIS

**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:  HBsAg  Anti Hbc (Total)  Anti-HCV  
 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado

**45** Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido **46** Resultados Sorológicos/Viológicos/Teste rápido  Anti-HAV - IgM  Anti-HBs  Anti -HDV - IgM  Anti -HEV - IgM  Anti-HBe  Anti-HCV  Anti -HDV Total  HCV-RNA  
 1 - Reagente/Positivo 2 - Não Reagente/Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

**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  **49** Forma Clínica  **50** Classificação Etiológica   
 1 - Confirmação laboratorial 1 - Hepatite Aguda 01- Vírus A 06- Vírus B e C 02- Confirmação clínico-epidemiológica 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 02- Vírus B 07- Vírus A e B 3 - Descartado 3 - Hepatite Fulminante 03- Vírus C 08- Vírus A e C 4 - Cicatriz Sorológica 4 - Inconclusivo 04- Vírus B e D 09- Não se aplica 05- Vírus E 99- Ignorado 8 - Inconclusivo

CONCLUSÃO

**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

CONCLUSÃO

OBSERVAÇÃO

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura