

Caso Suspeito Indivíduo com febre, cefaléia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios a seguir elencados: **Critério 1:** Presença de antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas, como: • Exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas. • Exposição a fossas, esgoto, lixo e entulho. • Atividades que envolvam risco ocupacional, como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas. • Vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial. • Residência ou local de trabalho em área de risco para leptospirose. **Critério 2:** Presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: • Icterícia. • Aumento de bilirrubinas. • Sufusão conjuntival. • Fenômeno hemorrágico. • Sinais de insuficiência renal aguda

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença LEPTOSPIROSE		Código (CID10) A27.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos primeiros sintomas	
	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			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 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)	
	Unidade de Saúde de Referência				

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIOD.	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: _____		
DADOS CLÍNICOS	34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses <input type="checkbox"/> Casos Humanos <input type="checkbox"/> Casos animais			1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	35 Data de atendimento	36 Sinais e sintomas		
	<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: _____

