

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO **AIDS** (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	AIDS (pacientes menores que 13 anos)		B 24	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	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"/> 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	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 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
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	
Dados de Residência	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

Antec. Epid. da Mãe	31 Idade da mãe	32 Escolaridade da mãe	33 Raça/cor da mãe
	Anos	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 2 - 4ª série completa do EF 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 4 - Ensino fundamental completo 5 - Ensino médio incompleto 6 - Ensino médio completo 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação	2

INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS

Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	Provável modo de transmissão		38 Transmissão sanguínea
	36 Transmissão vertical	37 Transmissão sexual	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Tratamento / hemotransfusão para hemofilia
Ant. epid. (cont.)	Informações sobre transfusão/acidente		Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses
	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente
	42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?
		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	

Dados do Laboratório	44	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	1 - Positivo/reagente	2 - Negativo/não reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado
			5 - Indeterminado	6 - Detectável	7 - Indetectável	9 - Ignorado
	Antes dos 18 meses de vida:		Após os 18 meses de vida:			
	<input type="checkbox"/> 1º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 2º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 3º teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta <input type="text"/> Data da coleta <input type="text"/> Data da coleta <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teste de triagem anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste confirmatório anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3	<input type="checkbox"/> Teste rápido 2 <input type="text"/>		

Critérios de definição de caso	45	Critério CDC adaptado	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado
	Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve				
	<input type="checkbox"/> Aumento crônico de parótida <input type="checkbox"/> Dermatite persistente <input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Otite ou Sinusite) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios			
	Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave				
	<input type="checkbox"/> Anemia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões <input type="checkbox"/> Candidose oral resistente ao tratamento <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose com diarreia > 1 mês <input type="checkbox"/> Diarreia recorrente ou crônica <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Febre persistente > 1 mês <input type="checkbox"/> Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) <input type="checkbox"/> Hepatite por HIV <input type="checkbox"/> Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês idade <input type="checkbox"/> Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos) <input type="checkbox"/> Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês <input type="checkbox"/> Leiomiossarcoma <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/> Linfopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário de cérebro <input type="checkbox"/> Miocardiopatia <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase) <input type="checkbox"/> Meningite bacteriana, penumonia ou sepse (único episódio) <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Nocardiose <input type="checkbox"/> Pneumonia linfóide intersticial <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi <input type="checkbox"/> Síndrome da emaciação (<i>Aids Wasting Syndrome</i>) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Trombocitopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada ou extrapulmonar <input type="checkbox"/> Varicela disseminada			
Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade)					
	<input type="checkbox"/> < 1.500 células por mm ³ (<25%) <input type="checkbox"/> < 1.000 células por mm ³ (<25%)	<input type="checkbox"/> < 500 células por mm ³ (<25%)			

46	Critério óbito	Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação	1-Sim	2-Não	9-Ignorado	<input type="checkbox"/>
----	-----------------------	--	-------	-------	------------	--------------------------

Trat.	47	UF	48	Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	49	Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Evolução	50	Evolução do caso	1 - Vivo	2 - Óbito por Aids	3 - Óbito por outras causas	4 - Transferência para outro município	9 - Ignorado	51	Data do óbito
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Investigador	Nome	Função
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura	<input type="text"/>	