

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	
	<b>AIDS (pacientes menores que 13 anos)</b>		<b>B 24</b>	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	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	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 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			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	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	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 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
Antec. Epid. da Mãe	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação	2
		2 - Aids em menores de 13 anos	

## 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	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	36 Transmissão vertical	37 Transmissão sexual	Uso de drogas injetáveis	Transfusão sanguínea
	1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não foi transmissão vertical <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	1 - Relações sexuais com homens <input type="checkbox"/> 2 - Relações sexuais com mulheres <input type="checkbox"/> 3 - Relações sexuais com homens e mulheres <input type="checkbox"/> 4 - Não foi transmissão sexual <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Tratamento / hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses <input type="checkbox"/>	
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	Informações sobre transfusão/acidente			
	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
Ant. epid. (cont.)	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 <input type="checkbox"/>	

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
	<b>Antes dos 18 meses de vida:</b>		<b>Após os 18 meses de vida:</b>			
	<input type="checkbox"/> 1º teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste de triagem anti-HIV	Data da coleta		
<input type="checkbox"/> 2º teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste confirmatório anti-HIV	Data da coleta			
<input type="checkbox"/> 3º teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste rápido 1	<input type="checkbox"/> Teste rápido 2			
		<input type="checkbox"/> Teste rápido 3				

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

46	<b>Critério óbito</b>	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

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

Investigador	Nome	Função
	Assinatura	