

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 AIDS	3 Data da Notificação Código (CID10) B 24
	4 UF RS	5 Município de Notificação Porto Alegre Código (IBGE) 123456
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Hospital Moinhos de Vento	7 Data do Diagnóstico 01/01/1111
	8 Nome do Paciente Vitor Ferreira Michel	9 Data de Nascimento 01/01/1111
	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	
Dados de Residência	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	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 UF
	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	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)	31 Ocupação

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	
	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
	Informações sobre transfusão/acidente	
	35 Data da transfusão/acidente	36 UF
	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	
	Código	
	39 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	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado	
	Data da coleta Teste de triagem Teste confirmatório	
	Data da coleta Teste rápido 1 Teste rápido 2 Teste rápido 3	

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> 9 Sarcoma de Kaposi (10)		<input type="checkbox"/> 9 Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*		
	<input type="checkbox"/> 9 Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)		<input type="checkbox"/> 9 Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*		
	<input type="checkbox"/> 9 Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)		<input type="checkbox"/> 9 Dermatite persistente (2)		
	<input type="checkbox"/> 9 Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)		<input type="checkbox"/> 9 Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)		
	<input type="checkbox"/> 9 Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)		<input type="checkbox"/> 9 Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*		
	<input type="checkbox"/> 9 Disfunção do sistema nervoso central (5)		<input type="checkbox"/> 9 Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)		
	<input type="checkbox"/> 9 Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)		<input type="checkbox"/> 9 Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como causa</i>		
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> 9 Câncer cervical invasivo		<input type="checkbox"/> 9 Leucoencefalopatia multifocal progressiva		
	<input type="checkbox"/> 9 Candidose de esôfago		<input type="checkbox"/> 9 Linfoma não Hodgkin e outros linfomas		
	<input type="checkbox"/> 9 Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão		<input type="checkbox"/> 9 Linfoma primário do cérebro		
	<input type="checkbox"/> 9 Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)		<input type="checkbox"/> 9 Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase		
	<input type="checkbox"/> 9 Criptococose extrapulmonar		<input type="checkbox"/> 9 Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>		
	<input type="checkbox"/> 9 Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> 9 Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)		
	<input type="checkbox"/> 9 Herpes simples mucocutâneo > 1 mês		<input type="checkbox"/> 9 Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)		
	<input type="checkbox"/> 9 Histoplasmose disseminada		<input type="checkbox"/> 9 Toxoplasmose cerebral		
	<input type="checkbox"/> 9 Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> 9 Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³		
	43 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"/> 9				
	Trat.	44 UF RS	45 Município onde se realiza o tratamento Porto Alegre	Código (IBGE) 123456	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Hospital Moinhos de Ventos
47 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 9				48 Data do Óbito 01/01/1111	
Evolução	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
Investigador	Nome Vitor Ferreira Michel			Função Alguma função aqui	
	Assinatura				