

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

CASO SUSPEITO: Paciente com febre, mialgia, cefaléia e insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na 1ª semana da doença OU paciente com enfermidade aguda e insuficiência respiratória aguda, com evolução para o óbito na 1ª semana da doença OU paciente com febre, mialgia, cefaléia e exposição a pelo menos uma situação de risco* até 60 dias anteriores ao início dos sintomas (*1. atividades de risco para a infecção por hantavírus ou 2. locais com roedores silvestres ou com condições ambientais favoráveis ao seu estabelecimento).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANTAVIROSE		A 98.8	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Dados de Residência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sinomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	<small> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 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 </small>			
Dados de Residência	14 Escolaridade			
	<small> 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 </small>			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	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	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
			<small> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado </small>	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Nas últimas 8 semanas (60 dias antes do início dos sintomas), desenvolveu e/ou expôs-se a atividades ligadas a:			
	<input type="checkbox"/> Treinamento militar em área rural ou silvestre <input type="checkbox"/> Desmatamento, aragem de terra, plantio agrícola, colheita agrícola, corte de lenha e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Exposição e/ou limpeza de casa, despensa, galpão, depósitos, sótão, porão e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Moagem e/ ou armazenamento de grãos, arrumou ou moveu fardos de lenha, capim ou outros semelhantes <input type="checkbox"/> Dormiu/descansou em barracas, galpão, paiol e outros locais semelhantes <input type="checkbox"/> Transporte e ou carregamento (em veículos motorizados) de cargas em geral <input type="checkbox"/> Pescou, caçou, realizou turismo rural ou participou de atividades de ecoturismo ou similares. <input type="checkbox"/> Teve contato direto e/ ou viu rato silvestre ou do mato vivo ou morto ou suas excretas/ vestígios (fezes, urina e/ou cheiro da urina, sangue, saliva, roeduras, pegadas, trilhas, manchas e outros sinais de ratos) <input type="checkbox"/> Outras atividades/ exposições (outros animais ou suas instalações/ outros casos humanos de hantavírus ou outras). Especifique _____			
	<small> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado </small>			
Dados Clínicos	34 Data do 1º Atendimento		35 Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)	
	36 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Dor Torácica <input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Tosse Seca <input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem <input type="checkbox"/> Astenia </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins) <input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar) _____ </div> </div>			

Dados do Laboratório	37 Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	38 Resultado A 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Hematócrito > 45% <input type="checkbox"/> TGO _____ <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> TGP _____ <input type="checkbox"/> Linfócitos Atípicos <input type="checkbox"/> Aumento de Uréia e Creatinina	39 Resultado B (Leucócitos) <input type="checkbox"/> 1 - Normais 2 - Aumentados COM desvio à esquerda 3 - Diminuídos (Leucopenia) 4 - Aumentados SEM desvio à esquerda 5 - Não Realizado 9 - Ignorado	
	40 Realizou Radiografia do Tórax <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Se Sim, Apresentou Alguma destas Alterações <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Difuso <input type="checkbox"/> Derrame Pleural <input type="checkbox"/> Infiltrado Pulmonar Localizado		
	Exame Sorológico (IgM)			Imunohistoquímica
	42 Data da Coleta _____ 43 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	44 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		
RT-PCR				
45 Data da Coleta _____ 46 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado				
Hospitalização	47 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			48 Data da Internação _____ 49 UF _____
	50 Município do Hospital _____ 51 Nome do Hospital _____	Código (IBGE) _____ Código _____		
	52 Suporte Terapêutico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Ficou no Respirador Mecânico <input type="checkbox"/> Usou Medicamento Antiviral (Ribavirina) <input type="checkbox"/> Usou Corticóide <input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> Usou Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares) <input type="checkbox"/> Usou Antibióticos <input type="checkbox"/> Outro Tipo de Tratamento _____			
	53 Classificação final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado 54 Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1- Prodrômica ou inespecífica 2- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus 55 Critério de Diagnóstico <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico			
Conclusão	Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60 dias)			
	56 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			
	57 UF _____ 58 País _____	59 Município _____ Código (IBGE) _____		
	60 Distrito _____ 61 Bairro _____			
	Característica do Local Provável de Infecção			
	62 Zona do Provável Local de Infecção <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	63 Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção <input type="checkbox"/> 1-Domiciliar 4- Outro _____ 2-Trabalho 9- Ignorado 3- Lazer		
64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município _____ Km ao <input type="checkbox"/> 1-Sul 3-Leste 2-Norte 4-Oeste				
65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por hantavirose 9 - Ignorado 3 - Óbito por outra causa				
66 Data do Óbito ou da Alta Hospitalar _____ 67 Se Óbito, Realizou Autópsia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
68 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
69 Data do Encerramento _____				
Informações complementares e observações				
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____	

Hantavirose

Sinan NET

SVS

08/10/2009

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____