

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: Indivíduo com febre, cefaléia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios: **Critério 1-** antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco); **Critério 2-** pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	LEPTOSPIROSE		3 Data da Notificação
	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Coi
	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	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:			
	34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses			
Dados Clínicos	35 Data de Atendimento	36 Sinais e Sintomas		
	37 Ocorreu Hospitalização			
Atendimento	40 UF	41 Município do Hospital	38 Data da Internação	39 Data de Alta
	42 Nome do Hospital	Código (IBGE)	Código	

Leptospirose

Sinan NET

SVS 02/02/2007

Dados do Laboratório

Sorologia IgM - Elisa

43 Data da Coleta - 1ª amostra

44 Resultado 1ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

45 Data da Coleta - 2ª amostra

46 Resultado 2ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Microaglutinação

47 Data da Coleta - Micro 1ª amostra

50 Resultado MICRO-aglutinação 1ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

48 Micro 1ª Amostra

1º sorovar título

49 Micro 1ª Amostra

2º sorovar título

51 Data da Coleta - Micro 2ª amostra

54 Resultado MICRO-aglutinação 2ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

52 Micro 2ª Amostra

1º sorovar título

53 Micro 2ª Amostra

2º sorovar título

Isolamento

55 Data da Coleta

56 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Imunohistoquímica

57 Data da Coleta

58 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR

59 Data da Coleta

60 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Conclusão

61 Classificação Final

1 - Confirmado 2 - Descartado

62 Critério de Confirmação ou Descarte

1 - Clínico-Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 30 dias)

63 O caso é autóctone do município de residência?

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

64 UF 65 País

66 Município 67 Distrito 68 Bairro

Característica do Local Provável de Infecção

69 Área provável de Infecção

1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado

70 Ambiente da Infecção

1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado

71 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

72 Evolução do Caso

1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

73 Data do Óbito 74 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Data e Endereço se esteve em Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas

Data	UF	Município	Endereço	Localidade

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Nome

Leptospirose

Código da Unid. de Saúde

Função

Sinan NET

Assinatura

SVS 02/02/2007

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA_____ ASSINATURA_____