

**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		Código (CID10)	3
	LEPTOSPIROSE		A 2 7 . 9		Data da Notificação
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
					Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante		
							13	Raça/Cor
							1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
Notificação Individual	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							
Notificação Individual	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe	

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	
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		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:						
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Antecedentes Epidemiológicos	<input type="checkbox"/> Água ou lama de enchente		<input type="checkbox"/> Criação de animais		<input type="checkbox"/> Caixa d'água			
	<input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto		<input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores		<input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura)			
	<input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa		<input type="checkbox"/> Roedores diretamente		<input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos			
Antecedentes Epidemiológicos	<input type="checkbox"/> Terreno baldio		<input type="checkbox"/> Lixo/ entulho		<input type="checkbox"/> Outras _____			
	34	Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Casos Humanos		<input type="checkbox"/> Casos Animais					

Dados Clínicos	35	Data de Atendimento		36	Sinais e Sintomas			
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Mialgia		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Prostração	
	<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival		<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha		<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Diarréia	
	<input type="checkbox"/> Icterícia		<input type="checkbox"/> Insuficiência renal		<input type="checkbox"/> Alterações respiratórias		<input type="checkbox"/> Alterações cardíacas	
	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar		<input type="checkbox"/> Outras hemorragias		<input type="checkbox"/> Meningismo		<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____	

Atendimento	37	Ocorreu Hospitalização		38	Data da Internação		39	Data de Alta	
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
	40	UF	41	Município do Hospital			Código (IBGE)		
Atendimento	42		Nome do Hospital				Código		

**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  48 Micro 1ª Amostra   
 1º sorovar título 1 :

49 Micro 1ª Amostra   
 2º sorovar título 1 :

50 Resultado MICRO-aglutinação 1ª Amostra   
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

51 Data da Coleta - Micro 2ª amostra  52 Micro 2ª Amostra   
 1º sorovar título 1 :

53 Micro 2ª Amostra   
 2º sorovar título 1 :

54 Resultado MICRO-aglutinação 2ª Amostra   
 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

**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

61 Classificação Final  62 Critério de Confirmação ou Descarte   
 1 - Confirmado 2 - Descartado 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?  64 UF  65 País   
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

66 Município  Código (IBGE)  67 Distrito  68 Bairro

**Característica do Local Provável de Infecção**

69 Área provável de Infecção  70 Ambiente da Infecção   
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado

71 Doença Relacionada ao Trabalho  72 Evolução do Caso   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 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  Código da Unid. de Saúde

Nome  Função  Assinatura

Leptospirose Sinan NET SVS 02/02/2007

Dados do Laboratório

Conclusão