

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

**SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA:** Complicação de quadro de diarreia associada à infecção por *Escherichia coli* enterohemorrágica produtora de Shiga-toxina. Caracterizada pela ocorrência simultânea da tríade Insuficiência Renal Aguda, Anemia Microangiopática e Trombocitopenia. Apresenta um ou mais dos sinais e sintomas: oligoanúria, petéquias, icterícia, palidez cutânea-mucosa, hipertensão arterial.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2- Individual		
	2	Agravo/doença	<b>SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA</b>		Código (CID10) <b>D 5 9 3</b>	
	3	Data da Notificação				
	4	Município da Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	5	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	6	Data dos Primeiros Sintomas				
	7	Nome do Paciente		8 Data de Nascimento		
	9	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor
Dados de Residência	12	Escolaridade				
	13	Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe		
	16	UF	17 Município de Residência	Código (IBGE)		
	18	Bairro	19 Geo campo 1	20 Geo campo 2		
Dados Complementares do Caso	21	Logradouro (rua, avenida,...)		22 Número		
	23	Complemento (apto., casa, ...)		24 Ponto de Referência		
	25	CEP				
	26	(DDD) Telefone	27 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	28 País (se residente fora do Brasil)	Código
Antecedentes Epidemiológicos	29	Data da Investigação		30 Ocupação e Ramo de Atividade		
	31	Houve atendimento		32 Tipo de Atendimento		
	33	Data do 1º Atendimento				
	34	Nº Total de Atendimento até a Suspeição Clínica		35 Data da Suspeição Clínica		
Dados Clínicos	36	Ocorreu Hospitalização		37 Data da Internação		
	38	Data da Alta Hospitalar				
	39	UF	40 Município do Hospital	41 Nome do Hospital		
	42	Endereço do Hospital		43 (DDD) Telefone		
Dados Clínicos	44	Sinais e Sintomas			45	Data do Início da Diarreia
	46	Duração da Diarreia		47	Diurese	48

## Dados Complementares do Caso

Tratamento	<b>49</b> Tipos de Tratamento <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>50</b> Diálise 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>51</b> Dias de Diálise _____	<b>52</b> Transfusão sanguínea 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	<b>53</b> Número de Transfusões _____	<b>54</b> Utilizou Antibióticos    1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	<b>55</b> Caso Afirmativo: Antibiótico 1: _____ Antibiótico 2: _____ Antibiótico 3: _____		Data de Início _____

Dados do Laboratório	<b>56</b> Material Colhido 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Sangue		<b>57</b> Tipo de Coleta das fezes 1 - Swab Retal    3 - Fezes In Natura <input type="checkbox"/> 2 - Swab Fecal    4 - Papel de Filtro    9 - Ignorado		
	<b>58</b> Data da Coleta _____	<b>59</b> Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>60</b> Caso Afirmativo, Qual? _____		
	<b>61</b> Resultado Laboratorial Contagem de Leucócitos _____ Valor mais alto Contagem de Plaquetas _____ Valor mais baixo  Microorganismo Isolado _____ Leucócitos em material fecal <input type="checkbox"/> 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado		ECVT _____ (Produção de "Vero" Toxina)    Soro: 1ª Amostra _____ Ureia _____ Na <sup>+</sup> _____ VTMF _____ (Produção de "Shiga" Toxina)    2ª Amostra _____ Creatinina _____ K <sup>+</sup> _____		
	<b>62</b> Antes do caso ter diarreia ele teve contato com: (especificar) <input type="checkbox"/> Alguém c/diarreia _____ <input type="checkbox"/> Animais (bovinos, caprinos, suínos...) _____ <input type="checkbox"/> Lagos / Rios _____ <input type="checkbox"/> Piscinas públicas _____				

Fatores que influenciam na Exposição	<b>63</b> Até 10 dias antes do início da diarreia, você ingeriu: (onde?) <input type="checkbox"/> Carne crua ou mal cozida _____ <input type="checkbox"/> Leite bovino cru e derivados _____ <input type="checkbox"/> Água não tratada _____ <input type="checkbox"/> Verduras e legumes crus _____				
	<b>64</b> Endereços dos locais da exposição				
	Data	Endereço	Município	UF	País

Conclusão	<b>65</b> Aleitamento Materno até _____ meses	<b>66</b> Alimento mais suspeito _____	
	<b>67</b> Diagnóstico encontrado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda <input type="checkbox"/> Anemia Microangiopática <input type="checkbox"/> Trombocitopenia		
	<b>68</b> Classificação Final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado (especificar outro agente) _____		
	<b>69</b> Critério de Confirmação / Descarte 1 - Laboratorial    2 - Vínculo-Epidemiológico    3 - Clínico <input type="checkbox"/>		
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 10 dias)</b> <b>70</b> UF <b>71</b> País <b>72</b> Município _____ <b>73</b> Bairro <b>74</b> Distrito _____		
<b>75</b> Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>76</b> Evolução do Caso    1-Cura    2-Óbito <input type="checkbox"/> 3-Insuficiência Renal Crônica    9-Ignorado	<b>77</b> Comprometimento Neurológico: 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>78</b> Data do Óbito _____		<b>79</b> Data do Encerramento _____	

**Observações:**

---



---



---

Investigador	<b>80</b> Município/Unidade de Saúde _____	<b>81</b> Cód. da Unid. de Saúde _____
	<b>82</b> Nome _____	<b>83</b> Função _____