

CASO CONFIRMADO

Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente

- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A

- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:

. HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável

- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:

. Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável

- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:

. Anti-HDV total reagente . HDV-RNA detectável

- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:

. Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes . HEV-RNA detectável

- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HEPATITES VIRAIS		B 19		
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 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		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	
	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					
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Suspeita de:		34 Tomou vacina para:		
	1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada		1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado		
			Hepatite A Hepatite B		
35 Institucionalizado em					
1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado					
36 Agravos associados		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1-Sim, há menos de seis meses 3-Não 2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado			
HIV/AIDS Outras DSTs		Sexual Domiciliar (não sexual) Ocupacional			

38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis | <input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing | <input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico |
| <input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack | <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados |
| <input type="checkbox"/> Drogas injetáveis | <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico | |
| <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado | <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário | |
| <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais | <input type="checkbox"/> Hemodiálise | |
| <input type="checkbox"/> Transplante | <input type="checkbox"/> Outras | |

39 Data do acidente ou transfusão ou transplante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

40 Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para caso de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone

41 Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

42 Paciente encaminhado de

1- Banco de sangue
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)
3- Não se aplica

43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA

1-Reagente	4-Não realizado	<input type="checkbox"/> HBsAg
2-Não reagente	9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Anti HBc (Total)
3-Inconclusivo		<input type="checkbox"/> Anti-HCV

45 Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

46 Resultados Sorológicos/Viológicos/Teste rápido

1 - Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM
2 - Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM
3 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV
4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total)	<input type="checkbox"/> Anti -HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA

47 Genótipo para HCV

1-Genótipo 1	4-Genótipo 4	7-Não se aplica
2-Genótipo 2	5-Genótipo 5	9-Ignorado
3-Genótipo 3	6-Genótipo 6	

48 Classificação final

1 - Confirmação laboratorial
2 - Confirmação clínico-epidemiológica
3 - Descartado
4 - Cicatriz Sorológica
8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica

1 - Hepatite Aguda
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático
3 - Hepatite Fulminante
4 - Inconclusivo

50 Classificação Etiológica

01- Vírus A	06- Virus B e C
02- Vírus B	07- Virus A e B
03- Vírus C	08- Virus A e C
04- Vírus B e D	09- Não se aplica
05- Virus E	99- Ignorado

51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01-Sexual	05-Acidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada
02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado
04-Vertical			

52 Data do Encerramento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observações:

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

Função

Assinatura