

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 | | Código (CID10) A 2 7 . 9 | 3 Data da Notificação |
| | 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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado | 13 Raça/Cor 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 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| <input type="checkbox"/> Água ou lama de enchente <input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto <input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa <input type="checkbox"/> Terreno baldio | | <input type="checkbox"/> Criação de animais <input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores <input type="checkbox"/> Roedores diretamente <input type="checkbox"/> Lixo/ entulho |
| <input type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura) <input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos <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 | | |
| | <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 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 38 Data da Internação | 39 Data de Alta |
| | 40 UF | 41 Município do Hospital | Código (IBGE) | |
| | 42 Nome do Hospital | | Código | |

