

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	Data da Notificação	
	LEPTOSPIROSE		A 2 7 . 9				
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 <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12		Gestante		13		Raça/Cor																			
			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano						1 - 1º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado		2 - 2º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica		1 - Branca 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		2 - Preta 3 - Amarela 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"/> 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		
												<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				
							<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					

