

LEPTOSPIROSE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. **Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.** CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31. Data da investigação. Data em que foi iniciada a investigação – informar a data da 1ª visita ao paciente ou a seus registros. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Ocupação: atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida se estiver desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
33. Situações de risco ocorrida nos 30 dias que antecederam os primeiros sintomas: assinalar nos campos correspondentes se o paciente esteve ou não esteve exposto a alguma(s) das **Situações de Risco** listadas, nos 30 dias que antecederam à data dos primeiros sintomas. (1= sim, 2= não, 9= ignorado)
 - água ou lama de enchente: Contato físico
 - animais de criação: Contato físico com bovinos, suínos, eqüinos, caprinos, etc.;
 - caixa d'água: Paciente realizou limpeza da mesma (ficou exposto à água da caixa d'água);
 - fossa, caixa de gordura ou esgoto: participou de limpeza ou foi exposto ao material desses locais;
 - local com sinais de roedores: fezes, manchas de gordura, tocas, ninhos, etc.;
 - plantio/colheita: participou dessas atividades;
 - rio, córrego, lagoa ou represa: esteve exposto ou utilizou a água de grandes coleções hídricas (beber, nadar, pescar, etc.);
 - roedores diretamente: contato físico com roedores (encostar, tocar, pegar, mordedura, arranhão, etc.);
 - Armazenamento de grãos/alimentos: permaneceu longo tempo ou trabalhou em locais onde são armazenados grãos (silos) ou alimentos em geral (depósitos, frigoríficos, mercados, supermercados, etc.). Não contemplar atos de compra e venda ocasional.
 - Terreno baldio: permaneceu longo tempo ou participou de limpeza em terrenos urbanos sem edificações.

- Lixo/Entulho: contato físico ou limpeza de lixo ou entulho.
 - Outras: teve contato ou participou de outras atividades de risco para leptospirose, não listadas anteriormente.
 - Outras especificar (campo em branco): escrever a outra situação de risco, não listada anteriormente. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Assinalar a ocorrência ou não ocorrência de casos anteriores de leptospirose, nos últimos dois meses (60 dias) em humanos e em animais, no mesmo Local Provável de Infecção do paciente: (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
 35. Data em que o paciente foi atendido por um serviço de saúde, pela primeira vez, com a doença atual. **CAMPO ESSENCIAL.**
 36. Sinais e sintomas: anotar se o paciente teve algum ou alguns dos sintomas listados, assinalando: (1= sim, 2 = não ou 9 = ignorado).
 - Febre: sensação de febre ou temperatura maior ou igual a 37 C.
 - Mialgia: dores musculares.
 - Cefaléia: dor de cabeça.
 - Prostração: astenia, fraqueza extrema, não consegue permanecer de pé ou caminhar sozinho.
 - Congestão conjuntival: olhos vermelhos.
 - Dor na panturrilha: Dor na batata-da-perna (indicativo de leptospirose).
 - Vômito: “ato de lançar pela boca o conteúdo do estômago”.
 - diarreia: Fezes amolecidas e/ou aumento no número de evacuações.
 - Icterícia: Coloração amarela de pele ou mucosas (olhos, boca, etc.).
 - Insuficiência renal: quadro grave com uremia, edema, diminuição da urina, etc., geralmente diagnosticado por médico em regime de internação hospitalar.
 - Alterações respiratórias: incluir tosse seca ou produtiva, falta de ar, aumento da frequência respiratória, etc.
 - Alterações cardíacas: alterações de ECG, arritmias, etc.
 - Hemorragia pulmonar: quadro grave de sangramento nos pulmões, hemoptise.
 - Outras hemorragias: sangramento em outros locais do corpo, como pele, sistema digestivo (melena, hematêmese), nasal, gengival, em locais de venopunção, etc.
 - Meningismo: sinais de irritação meníngea
 - Outros: Sinais e sintomas não contemplados anteriormente
 - Outros, quais?: Espaço em branco para escrever outro sintoma não especificado anteriormente. **CAMPO ESSENCIAL.**
 37. Assinalar se o paciente ocupou leito hospitalar por, no mínimo, 24 horas: (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
 38. Data em que o paciente foi internado (dia/mês/ano). **CAMPO ESSENCIAL.**
 39. Data da alta hospitalar (dia/mês/ano). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 38 estiver preenchido.
 40. Preencher com a UF do hospital em que o paciente foi internado.
 41. Preencher com o **nome do município** em que o paciente foi internado e o **código (IBGE)** do mesmo.
 42. Preencher com o **nome do hospital** e o **código do hospital** em que o paciente foi internado.
 43. Sorologia IgM Elisa - Data da coleta da 1ª amostra de sangue para pesquisa de anticorpos contra leptospirose pelo método ELISA (fundamental para interpretação dos resultados). **CAMPO ESSENCIAL.**
 44. Sorologia IgM Elisa - Resultado do exame da 1ª amostra: (1=reagente, 2=Não reagente, 3= Inconclusivo e 4= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
 45. Sorologia IgM Elisa – Data da coleta da 2ª amostra de sangue para pesquisa de anticorpos contra leptospirose pelo método ELISA (fundamental para interpretação dos resultados).
 46. Sorologia IgM Elisa - Resultado do exame da 2ª amostra: (1=reagente, 2=Não reagente, 3= Inconclusivo e 4= Não realizado).
 47. Microaglutinação – Data da Coleta – Micro 1ª amostra: Data da coleta da primeira amostra de sangue para pesquisa de leptospirose pelo método MICROAGLUTINAÇÃO.
 48. Microaglutinação - Micro 1ª amostra – 1º sorovar: procurar na tabela o primeiro sorovar isolado e anotar o título (Ex. 1:400; 1:800; 1:1600; 1:3200; etc.). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 48 estiver preenchido.
 49. Microaglutinação - Micro 1ª amostra – 2º sorovar: procurar na tabela o segundo sorovar isolado e anotar o título (Ex. 1:400; 1:800; 1:1600; 1:3200; etc.). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 49 estiver preenchido.

50. Microaglutinação - Resultado MICRO-aglutinação 1ª amostra: (1= Reagente, 2= Não reagente, 3= Não realizada ou 9= Ignorado).
51. Microaglutinação – Data da Coleta – Micro 2ª amostra: Data da coleta da segunda amostra de sangue para pesquisa de leptospirose pelo método MICROAGLUTINAÇÃO.
52. Microaglutinação - Micro 2ª amostra – 1º sorovar: procurar na tabela o primeiro sorovar isolado e anotar o título (Ex. 1:400; 1:800; 1:1600; 1:3200; etc.). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 52 estiver preenchido.
53. Microaglutinação - Micro 1ª amostra – 2º sorovar: procurar na tabela o segundo sorovar isolado e anotar o título (Ex. 1:400; 1:800; 1:1600; 1:3200; etc.). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 53 estiver preenchido.
54. Microaglutinação - Resultado MICRO-aglutinação 2ª amostra: (1= Reagente, 2= Não reagente, 3= Não realizada ou 9= Ignorado).
55. Isolamento – Data da coleta: anotar a data em que foi colhida amostra para isolamento de leptospiras.
56. Isolamento – Resultado: (1= Positivo, 2 =Negativo, 3 =Inconclusivo ou 4= Não realizado).
57. Imunohistoquímica - Data da coleta: anotar a data em que foi colhida amostra para exames de imunohistoquímica de leptospirose.
58. Imunohistoquímica – Resultado: (1= Positivo, 2 =Negativo, 3 =Inconclusivo ou 4= Não realizado).
59. RT-PCR - Data da coleta: anotar a data em que foi colhida amostra para realização do teste de PCR para leptospirose.
60. RT-PCR - Resultado: (1= Positivo, 2 =Negativo, 3 =Inconclusivo ou 4= Não realizado).
61. Classificação final: depois de realizada toda a investigação, conclui se o caso é ou não leptospirose. Assinalar: (1= Confirmado ou 2= Descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 74 estiver preenchido.
62. Critério de confirmação ou descarte: 1= Clínico-Laboratorial (exames de laboratório confirmam o caso) ou 2= Clínico-Epidemiológico (apenas a clínica e os dados epidemiológicos confirmam o caso). **CAMPO ESSENCIAL**.
63. Local Provável de Infecção (no período de 30 dias) – O caso é autóctone do município de residência? - Identifica se o local provável de infecção encontra-se ou não dentro do município de residência do paciente. Assinalar: (1= sim, 2= Não ou 3= Indeterminado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 63= 1.
64. Sigla da Unidade Federada do Local Provável de Infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 61=1.
65. País do Local Provável de Infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 61=1.
66. Nome do Município e código do Município do Local Provável de Infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 61=1.
67. Distrito do Local Provável de Infecção. **CAMPO ESSENCIAL**.
68. Bairro do Local Provável de Infecção. **CAMPO ESSENCIAL**.
69. Característica do Local Provável de Infecção – Área provável de infecção: 1=Urbana; 2=Rural; 3=Peri-Urbana ou 9=Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL**.
70. Característica do Local Provável de Infecção - Ambiente Provável da Infecção: (1= Domiciliar, 2= Trabalho, 3= Lazer, 4= Outro ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.
71. Assinalar se é doença é relacionada ao trabalho: (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.
72. Evolução do caso: Identifica a evolução do paciente dentro do quadro da doença atualmente investigada (1= Cura; 2= Óbito por leptospirose; 3= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**
73. Preencher o campo com a data do óbito – **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 72=2 ou 3 (ÓBITO)
74. Data de encerramento da investigação: corresponde à data em que foi concluída a investigação de todas as variáveis possíveis, de acordo com as características individuais de cada paciente, constando obrigatoriamente a confirmação ou o descarte do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 61 estiver preenchido.

Campo Informações complementares e observações: preencher com a data, UF, Município, endereço e localidade se o indivíduo esteve em situação de risco ocorrida nos 30 dias que antecederam os primeiros sintomas.

Observações: preencher com outras informações consideradas relevantes para a investigação e que não disponham de campos disponíveis acima (Ex. demais serviços e as datas no caso de paciente ter sido atendido em mais de um local, números de prontuários, telefones de pessoas de referência, etc.).

Investigador - Município/unidade de saúde: informar município, nome e código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Investigador - Nome completo do responsável por esta investigação.

Investigador - Função do responsável por esta investigação. ex.: enfermeiro

Investigador - Assinatura do responsável por esta investigação.