

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterício:

* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.

* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.

- Sintomático anictérico:

* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.

- Assintomático:

* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).

* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.

* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:

* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.

- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	HEPATITES VIRAIS		B 19						
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas			
	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento			
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante			
	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		
Dados Complementares do Caso	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
Antecedentes Epidemiológicos	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)
	31		Data da Investigação		32		Ocupação		
	33		Suspeita de:		34		Tomou vacina para:	Hepatite A Hepatite B	
35		Institucionalizado em		36		Agravos associados	37		Contato com paciente portador de HBV ou HBC
1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		HIV/AIDS Outras DSTs		1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado		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 suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para suspeita 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

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

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	

46 Resultados Sorológicos/Viológicos

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

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