

**Definição de caso:** Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	<b>AIDS</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 24	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	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				
Dados de Residência	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
	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 Ocupação				
	<b>Provável modo de transmissão</b>				
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado			
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		
	<b>Informações sobre transfusão/acidente</b>				
35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente				Código	
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica					
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Teste de triagem Data da coleta		<input type="checkbox"/> Teste confirmatório Data da coleta		
<input type="checkbox"/> Teste rápido 1 Data da coleta		<input type="checkbox"/> Teste rápido 2 Data da coleta		<input type="checkbox"/> Teste rápido 3 Data da coleta	

**41 Critério Rio de Janeiro/Caracas**    1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*
<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	
<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<i>*Excluída a tuberculose como causa</i>

**42 Critério CDC adaptado**    1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva
<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase
<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>

**43 Critério óbito -**  
 Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação    1-Sim    2-Não    9-Ignorado   

**Trat.**    **44** UF    **45** Município onde se realiza o tratamento    Código (IBGE)    **46** Unidade de saúde onde se realiza o tratamento    Código

**Evolução**    **47** Evolução do caso        **48** Data do Óbito

1 - Vivo    2 - Óbito por Aids    3 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado

**Investigador**    Nome    Função

Assinatura