



## FICHA DE INVESTIGAÇÃO - LEPTOSPIROSE

**CASO SUSPEITO:** INDIVÍDUO COM FEBRE DE INÍCIO SÚBITO, MIALGIAS, CEFALÉIA, MAL ESTAR E/OU PROSTRAÇÃO, ASSOCIADOS A UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINAIS E/OU SINTOMAS: SUFUSÃO CONJUNTIVAL OU CONJUNTIVITE, NÁUSEAS E/OU VÔMITOS, CALAFRIOS, ALTERAÇÕES DO VOLUME URINÁRIO, ICTERÍCIA, FENÔMENO HEMORRÁGICO E/OU ALTERAÇÕES HEPÁTICAS, RENAS E VASCULARES COMPATÍVEIS COM LEPTOSPIROSE ICTÉRICA (SÍNDROME DE WEIL) OU ANICTÉRICA GRAVE.

INDIVÍDUO QUE APRESENTE SINAIS E SINTOMAS DE PROCESSO INFECCIOSO INESPECÍFICO COM ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS SUGESTIVOS NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS ANTERIORES À DATA DE INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS.

DADOS GERAIS	1- TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		
	2- AGRAVO / DOENÇA <b>LEPTOSPIROSE</b>		3- DATA DA NOTIFICAÇÃO CÓDIGO (CID10) <b>A 27.9</b>
	4- UF	5- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO <b>PORTO ALEGRE</b>	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- GEO CAMPO 1	22- GEO CAMPO 2	
	23- LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ...)			24- NÚMERO	
	25- COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...)		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	

DADOS CLÍNICOS	35- DATA DO 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 DA ALTA
	40- UF	41- MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)	
	42- NOME DO HOSPITAL			CÓDIGO

**SOROLOGIA IgM - ELISA**

43 - DATA DA COLETA - 1ª AMOSTRA

44 - RESULTADO 1ª AMOSTRA

45 - DATA DA COLETA - 2ª AMOSTRA

46 - RESULTADO 2ª AMOSTRA

1- REAGENTE 2- NÃO REAGENTE  
3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO 1- REAGENTE 2- NÃO REAGENTE  
3- INCONCLUSIVO 4- NÃO REALIZADO **MICROAGLUTINAÇÃO**

47 - DATA DA COLETA - MICRO 1ª AMOSTRA

48 - MICRO 1ª AMOSTRA

TÍTULO

49 - MICRO 1ª AMOSTRA

TÍTULO

1 : 1 : 1 : 1 : 

50 - RESULTADO MICRO-AGLUTINAÇÃO 1ª AMOSTRA

1- REAGENTE

2- NÃO REAGENTE

3- NÃO REALIZADA

9- IGNORADO 

51 - DATA DA COLETA - MICRO 2ª AMOSTRA

52 - MICRO 2ª AMOSTRA

TÍTULO

53 - MICRO 2ª AMOSTRA

TÍTULO

1 : 1 : 1 : 1 : 

54 - RESULTADO MICRO-AGLUTINAÇÃO 2ª AMOSTRA

1- REAGENTE

2- NÃO REAGENTE

3- NÃO REALIZADA

9- IGNORADO **ISOLAMENTO**

55 - DATA DA COLETA

56 - RESULTADO

1- POSITIVO

2- NEGATIVO

3- INCONCLUSIVO

4- NÃO REALIZADO **IMUNOHISTOQUÍMICA**

57 - DATA DA COLETA

58 - RESULTADO

1- POSITIVO

2- NEGATIVO

3- INCONCLUSIVO

4- NÃO REALIZADO **RT - PCR**

59 - DATA DA COLETA

60 - RESULTADO

1- POSITIVO

2- NEGATIVO

3- INCONCLUSIVO

4- NÃO REALIZADO 

DADOS DO LABORATÓRIO

61 - CLASSIFICAÇÃO FINAL

1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO 

62 - CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO OU DESCARTE

1 - CLÍNICO-LABORATORIAL

2 - CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO **LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 30 DIAS)**

63 - O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?

1- SIM

2- NÃO

3- INDETERMINADO 

64 - UF

65 - PAÍS

66 - MUNICÍPIO

CÓDIGO (IBGE)

67 - DISTRITO

68 - BAIRRO

**CARACTERÍSTICA DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO**

69 - ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO

1- URBANA

2- RURAL

3- PERI-URBANA

9- IGNORADO 

70 - AMBIENTE DA INFECÇÃO

1- DOMICILIAR

2- TRABALHO

3- LAZER

4- OUTRO

9- IGNORADO 

71 - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

1- SIM

2- NÃO

3- IGNORADO 

72 - EVOLUÇÃO DO CASO

1 - CURA

2 - ÓBITO POR LEPTOSPIROSE

3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS

9- IGNORADO 

73 - DATA DO ÓBITO

74 - DATA DO ENCERRAMENTO

CONCLUSÃO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES****DATA E ENDEREÇO SE ESTEVE EM SITUAÇÃO DE RISCO OCORRIDA NOS 30 DIAS QUE ANTECEDERAM OS PRIMEIROS SINTOMAS**

DATA	UF	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	LOCALIDADE

**OBSERVAÇÕES**

TGO:

TGP:

BT:

BD:

URÉIA:

CREATININA:

INVESTIGADOR

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE

NOME

FUNÇÃO

ASSINATURA