

A - Investigação de casos graves e óbitos por Hepatite A – Prontuário

UVIS responsável pela investigação: _____

Identificação do paciente

DI01. Nº SINAN: _____

DI02. Nº GAL: _____

DI03. Nome do paciente: _____

DI04. Data nascimento: ____ / ____ / ____ **DI05.** Idade: [] D-dias, M-meses, A-anos

DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino

DI07. Nome da mãe: _____

DI08. Telefone: (____)

DI09. Município de residência: _____ **DI10.** UF: _____

DI11. Endereço:

DI12. Bairro: _____ **DI13.** Ponto de referência: _____

DI 13. Ocupação:

DI 14. Local de trabalho: _____

Dados de Internação

Preencher com dados referentes aos atendimentos até a primeira internação:

Nome do serviço	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Unidade (pronto socorro, clínicas, UTI, outros)	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)

Dados Clínicos

Preencher com dados referentes à primeira internação:

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [] Sim [] Não

DC02. Data início dos sintomas: ____ / ____ / ____

DC03. Sinais e sintomas apresentados:
1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

[] Febre

Data início: ____/____/____

Duração: ____ dias

Temperatura máxima: ____°C

Temperatura mínima: ____°C

[] Icterícia

Data início: ____/____/____

Duração: ____ dias

[] Dor abdominal

Intensidade:

[] Leve

[] Moderada

[] Intensa

[] Colúria

[] Acolia fecal

[] Cefaleia

[] Náuseas

[] Mialgia

[] Diarreia

[] Conjuntivite seca

[] Exantema

[] Vômitos

[] Calafrios

[] Equimose

[] Epistaxe

[] Hematoma

[] Petéquias

[] Prostração

[] Dor retro-orbitária

[] Sonolência

[] Irritabilidade

[] Paresia

[] Paralisia

[] Hipotensão postural

[] Lipotimia

[] Hepatomegalia

[] Prurido

[] Outros sinais e sintomas? Especificar: _____

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: Sim Não. Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}
 Gestante Obesidade Doenças reumatológicas
 Puérpera Cardiopatia crônica Diagnóstico prévio de dengue,
 Hipertensão Arterial Sistêmica Asma chikungunya ou Zika
 Diabetes mellitus Epilepsia Vacina febre amarela e dengue -
 Doença renal crônica Doença hematológica número de doses: _____
 Doença acidopéptica Tabagismo Outras condições, especificar:
 Doença pulmonar obstrutiva crônica Etilismo _____
 Sequelas de AVC Hepatite crônica
 Demência Cirrose hepática

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: Sim Não
 Não informado

DC5.1 Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? Sim Não Não informado. **DC6.1.** Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? Sim Não Não informado

Se sim, especificar (**DC8 a DC14**):

DC8. Manifestações neurológicas: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}
 Meningoencefalite Neuropatia Rebaixamento consciência
 Encefalite Síndrome de Guillain-Barré Coma
 Convulsões Síndrome cerebelar Sinais meníngeos
 Paresia Encefalomielite aguda disseminada Encefalopatia hepática
 Paralisia Agitação Outras, especificar: _____

DC9. Manifestações oculares: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

Neurite ótica Episclerite Uveíte
 Iridiociclite Retinite Outras, especificar: _____

DC10. Manifestações dermatológicas: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

Hiperpigmentação fotossensível Úlcera aftosa intertriginosa Outras, especificar: _____
 Dermatose vesículo-bolhosa Isquemia cutânea

DC11. Quadro renal: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

Nefrite Redução do débito urinário Outras, especificar: _____
 Insuficiência renal aguda Alteração da cor da urina

DC12. Quadro hemorrágico: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

Hematêmese Sangramentos cutâneos Sangramento cavitário (abdominal,
 Melena Sangramentos de mucosa oral torácico)
 Metrorragia volumosa Sangramento digestivo alto Outros, especificar: _____
 Sangramento do SNC Sangramento digestivo baixo

DC13. Evoluiu para choque: Sim Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- Taquicardia Extremidades frias Outros, especificar: _____
 Pulso débil ou indetectável Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$
 PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg) Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

DC14. Presença de outras complicações: Sim Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- Miocardite Abortamento IG____ Icterícia
 Discrasias hemorrágicas Óbito fetal IG____ DO____ Edema agudo pulmonar
 Pneumonia Parto prematuro IG____ Infecção associada à assistência à saúde
 Insuficiência respiratória Hepatite aguda fulminante Insuficiência hepática aguda
 Taquidispneia Pancreatite aguda Outras, especificar: _____
 Gestante ou puérpera Hipoadrenalismo

Manejo Clínico

MC01. Houve remoção para UTI: Sim Não

MC01.1. Se sim, data admissão: ___/___/___

MC01.2. Data alta da UTI: ___/___/___

MC02. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
<input type="checkbox"/> Corticosteroides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AINES*		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Paracetamol		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antimicrobianos		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Antivirais		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Vitamina K		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Coloides		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Plasmaferese		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Outros		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue: [] Sim [] Não - Se sim, especificar (Atenção: Incluir dados de exames coletados na admissão e os mais próximos da ocorrência do óbito):

*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados mais relevantes para a investigação.

Data Coleta	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hematócrito										
Hemoglobina										
Plaquetas										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Eosinófilos										
Basófilos										
Monócitos										
Linfócitos										
Bastonetes										
AST - TGO										
ALT - TGP										
Ureia										
Creatinina										
Sódio										
Potássio										
Albumina										
Fosfatase Alcalina										
Bilir. total										
Bilir. direta										
Bilir. indireta										
Internado?	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N	[] S [] N

LI02. Coletou sorologia para Hepatite A?

[] Sim [] Não Data da coleta ___/___/_____

Exame	Resultado
Ant-HAV IgM	[] Reagente [] Não reagente [] Inconclusivo
Anti-HAV IgG	[] Reagente [] Não reagente [] Inconclusivo
Anti-HAV total	[] Reagente [] Não reagente [] Inconclusivo

LI03. Isolamento viral nas fezes?

[] Sim [] Não

Data	Resultado
___/___/_____	[] Positivo [] Negativo

LI3. Realizou transplante? [] Sim [] Não - Se sim, especificar:

LI3.2. Outros exames relevantes? (informar data, resultado e outros dados relevantes).

Nome do exame	Data do exame	Resultado	Observações

Exames Laboratoriais Específicos

LE01. Realizou outro exame etiológico: Sim Não - Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Nome da técnica e resultado
Especificar o agente etiológico identificado:	<input type="checkbox"/> Soro	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Líquor	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Urina	/ /	<input type="checkbox"/> IgM ²	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vísceras	/ /	<input type="checkbox"/> IHQ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outra	/ /			

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: Sim Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	
	/ /	
	/ /	

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório: Sim Não - Se sim, especificar onde: _____

Dados de óbito

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

Nº DO: _____

- A) _____
 B) _____
 C) _____
 D) _____
 I) _____
 II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: Sim Não - Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: _____

Encerramento

EN01. Encerramento: Confirmado Descartado Provável Inconclusivo Em investigação

EN02. Critério: Clínico-epidemiológico Laboratorial

EN03. Classificação: Hepatite A Zika Dengue Chikungunya Outros, especificar:

EN04. Evolução:

Cura sem sequelas Data: __/__/____ Cura com sequelas Data: __/__/____ Óbito Data: __/__/____

Observações

IN01. Data: __/__/____

IN01. Responsável pela investigação:

Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

B - Investigação de casos graves e óbitos por Hepatite A - Entrevista

Dados de Identificação do Entrevistado

DI01. SINAN do caso: _____

DI02. Nome do entrevistado: _____

DI03. Data nascimento: ____/____/____ DI04. Idade: _____ [] A-anos

DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino DI06. Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____

DI07. Município de residência: _____ DI08. UF: _____

DI09. Endereço: _____

DI10. Ponto de referência: _____ DI11. Telefone: () _____

História de exposições

Considerar o período de 2 a 8 semanas antes do início dos sintomas.

HE01. O paciente teve contato com caso confirmado ou suspeito de Hepatite A? [] Sim [] Não

HE02. Tipo de contato: [] Domiciliar [] Sexual [] Outros

HE03. Data do contato: / /

HE04. O paciente viajou? [] Sim [] Não

HE05. Data da viagem: / /

HE06. Local da viagem:

HE07. O paciente bebeu água de fonte não segura, que não fosse da rede pública? [] Sim [] Não

HE08. Data da ingestão da água de fonte não segura: / /

HE09. Local da ingestão da água de fonte não segura:

HE10. O paciente comeu frutos do mar cru ou mal cozidos? [] Sim [] Não

HE11. Data da ingestão de frutos do mar: / /

HE12. Local da ingestão de frutos do mar:

HE13. O paciente recebeu transfusão de sangue ou derivados? [] Sim [] Não

HE14. Data da transfusão: / /

HE15. Local em que realizou a transfusão:

HE16. O paciente é vacinado contra Hepatite A? [] Sim [] Não

HE17. Quantas doses?

HE18. Tem carteira de vacinação? [] Sim [] Não

HE19. É possível que o paciente tenha adquirido a infecção por contato sexual? [] Sim [] Não

HE20. Quantos parceiros o paciente teve nas últimas 8 semanas?

HE21. O paciente faz uso de drogas? [] Sim [] Não

HE22. O paciente faz uso de drogas injetáveis? [] Sim [] Não

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [] Sim [] Não. Se sim, especificar:

C02. Sabe o que a pessoa teve? [] Sim [] Não. Se sim, especificar:

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

Assistência à Saúde

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas: ____ / ____ / ____

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados: ¹ – Sim, ² – Não, ³ – Não informado

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febre
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____
Temperatura máxima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Cefaleia)
<input type="checkbox"/> Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)
<input type="checkbox"/> Dor no corpo (Mialgia)
<input type="checkbox"/> Olho vermelho sem secreção
(Conjuntivite seca) | <input type="checkbox"/> Manchas roxas no corpo
(Equimose)
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz
(Epistaxe) |
| <input type="checkbox"/> Pele fria (Hipotermia)
Temperatura mínima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor abdominal
Intensidade:
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Fraqueza (Prostração)
<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Irritabilidade
<input type="checkbox"/> Tontura quando levanta
(Hipotensão postural)
<input type="checkbox"/> Desmaio (Lipotimia) |
| <input type="checkbox"/> Dor nas juntas (Dor articular)
Extensão:
<input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular)
<input type="checkbox"/> Duas ou mais
(Poliarticular)
Intensidade:
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)
<input type="checkbox"/> Inchaço (Edema) de membros
Localização:
<input type="checkbox"/> Membros
<input type="checkbox"/> Corpo todo | <input type="checkbox"/> Nariz escorrendo (Coriza)
<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Falta de ar (Dispneia)
<input type="checkbox"/> Dor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha no corpo
(Exantema)
Data início: ____/____/____
Duração (dias): ____ | <input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Calafrios | <input type="checkbox"/> Gânglio/íngua
(Linfadenopatia)
<input type="checkbox"/> Formigamento (Paresia)
<input type="checkbox"/> Paralisia
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? []

AS31. Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

Nome serviço de saúde	Município	Data atendimento	Qual foi o diagnóstico	Conduta	Foi orientado retorno?	Foi orientado a tomar líquido em casa?	Foi entregue cartão da dengue?
		/ /		<input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência			

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? Sim Não – Se sim, especificar qual (is):

AS08. Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? Sim Não

Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestante (idade gestacional ____) | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Puérpera (dias ____) | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) | <input type="checkbox"/> Doença no sangue (Doença hematológica) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Alcoolista (Etilismo) |
| <input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC | <input type="checkbox"/> Outras doenças ou condições, especificar: _____ |

Observação

Investigação

I01. Data: ____/____/____ **I02.** Investigador: _____