



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

1

Orientações para o preenchimento da Notificação de Casos e Surto de Hepatite A

Definição de Caso Confirmado de Hepatite A

- Indivíduo com suspeita clínica que apresente Anti-HAV IgM reagente
- Indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (Anti-HAV IgM reagente) para hepatite A, em situações de surtos.
- Indivíduo que evoluiu a óbito com menção de Hepatite A na declaração de óbito.

Para fins de vigilância epidemiológica, apenas os casos CONFIRMADOS e os SURTOS deverão ser notificados e registrados no Sinan NET.

O diagnóstico específico de hepatite aguda pelo vírus A só é confirmado através da detecção, no sangue, dos anticorpos **anti-HAV da classe IgM**. A detecção de anticorpos da classe IgG ou anti-HAV total (IgM + IgG) isoladamente não permitem diferenciar se a infecção é aguda ou progressa.

Interpretação dos marcadores sorológicos para HAV e Notificação:

Anti-HAV Total ou Anti-HAV IgG	Anti-HAV IgM	Interpretação	Notificação*****
(+)	(+)	Infecção aguda pelo vírus da hepatite A (recente)	SIM
(+)	(-)	Infecção passada pelo vírus da hepatite A	Não
(-)	(-)	Ausência de contacto com o vírus da hepatite A (não imune)	Não

A notificação de Casos de HEPATITE AGUDA PELO VÍRUS A

O objetivo principal da vigilância de casos isolados da hepatite A inclui:

- ✓ a detecção precoce de surtos, para desencadear a investigação da fonte de contaminação e o controle da transmissão através de **medidas preventivas**; principalmente em locais fechados, como no caso de creches e pré-escolas, ou instituições como orfanatos, presídios, asilos e similares, recomenda-se urgência na notificação do **1º caso** à vigilância local para a investigação epidemiológica, visando impedir a disseminação da infecção, com aplicação de medidas higiênic-sanitárias precoces.

A digitação no **SINAN NET** deve ser feita na ficha específica de **Hepatites Virais (CID 10 = B19)**, com especial atenção ao preenchimento dos seguintes campos:

- **02 Agravo/doença: HEPATITES VIRAIS Código CID 10 = B19**
- **06 Unidade de Saúde notificante: importante para resgatar sorologias e histórico do caso: sinais e sintomas e antecedentes**
- **07 Data dos Primeiros Sintomas (NÃO DEVE SER A MESMA DATA DO EXAME DE SOROLOGIA)**
- **18 Município de Residência - importante para Investigação do caso, fatores de risco e existência de surto**
- **19 Distrito – SUVIS de Residência – importante para Investigação do caso-fatores de risco e existência de surto**
- **20 Bairro – DA de Residência - importante para Investigação do caso-fatores de risco e existência de surto**
- **33 Suspeita de:** Informar de qual tipo de hepatite o paciente é suspeito.
- **34 Tomou Vacina para:** Informar se o paciente tem vacinação contra hepatite A e/ou hepatite B com esquema completo, incompleto ou não vacinado, comprovado no cartão de vacinação.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

2

- **35 Institucionalizado em:** Informar se o paciente é institucionalizado e em que tipo de instituição. **Importante para SURTOS**
 - **40 Local/Município da Exposição** Informar o Local/ Município de exposição. No caso de suspeita de hepatite A anotar a UF, município, local /nome e telefone da instituição referenciada no campo **35**.
 - **45 Data da Coleta da sorologia:** Anotar a data da coleta da sorologia realizada na ocasião da investigação.
 - **46 Resultado Sorológico: Preencher o Resultado Sorológico para o exame Anti-HAV - IgM.** Os demais não são referentes à Hepatite A. **Para Notificação de Hepatite A aguda é imprescindível a pesquisa de Anti-HAV - IgM. No campo das observações informar os resultados do IgG ou AntiHAV Total, se houver resultados.**
 - **48 Classificação Final:** Informar a classificação final do caso:
 - a) **Confirmação Laboratorial:** caso suspeito que apresentou resultado sorológico ou reagente para hepatite viral. **Nos casos da Hepatite A, só considerar CONFIRMADO o achado de anticorpos da classe IgM reagente. O achado de anti-HAV -IgG ou anti-HAV total reagentes não faz diagnóstico de Hepatite aguda A.**
 - b) **Confirmação clínico-epidemiológica:** aplica-se apenas para o caso de Hepatite A, que faça parte de um SURTO e o caso suspeito possui vínculo epidemiológico com um caso confirmado por sorologia = Anti-HAV IgM reagente. Quando um caso individual for notificado pelo critério clínico-epidemiológico deve ser anotado o número do sinan do surto no campo observações.
- O item de Cicatriz Sorológica é utilizado para indivíduos com marcadores sorológicos de infecção passada, porém ASSINTOMÁTICOS no momento da investigação, especialmente para as hepatites B e C. Não notificar infecção passada pelo vírus da Hepatite A (AntiHAV IgG e Anti-HAV Total reagentes, com IgM não reagente). Lembrar que o caso pode possuir cicatriz sorológica para Hepatite B ou C e ter contraído Hepatite aguda pelo vírus A. Neste caso, ele será notificado como Hepatite Aguda A e prevalece a classificação/diagnóstico da hepatite Aguda no Sinan.
- **49 Forma Clínica:** no caso da Hepatite A confirmada laboratorialmente, assinalar: **1 - Hepatite Aguda ou 3- Forma Fulminante.**
 - **50 Classificação Etiológica:**
 - 01 - Vírus A**
 - 07 - Vírus A e B (casos portadores do vírus B com hepatite A aguda)**
 - 08 - Vírus A e C (casos portadores do vírus C com hepatite A aguda)**
 - **51 Provável Fonte:** Informar a provável fonte/ mecanismo da infecção: No caso de hepatite A confirmada o preenchimento do campo será apenas pelos itens 10 (pessoa a pessoa), 11 (alimento/água contaminada) ou 01 (Sexual), pelo contato com as fezes na relação sexual oral-anal desprotegida.
 - **52 Data de encerramento:** Informar a data de encerramento da investigação do caso.
 - **Observações:** Incluir informações sobre os sinais e sintomas do Caso de Hepatite Aguda pelo Vírus A; datas de Internação/Alta, e/ou complicações (transplante, óbito), Identidade de gênero.

A notificação de Surtos de HEPATITE A

Todo SURTO DE HEPATITE A deve ser notificado na Ficha de Investigação de Surtos de DTA do SINAN/NET (CID=B15). Seguir a rotina já conhecida de notificação/investigação de surtos de DTA

Para acessar a Ficha de Investigação de Surto de DTA/SINAN/NET seguir o seguinte procedimento:

- ✓ **no campo 25 "Modo provável de Transmissão":** digitar o código **2-Indireta** (Veículo comum)
- ✓ **no campo 26 "Veículo de transmissão provável":** digitar o código **1- Alimento/água**.
- ✓ a seguir, devem ser preenchidos todos os campos solicitados, de acordo com a investigação epidemiológica.
- ✓ **no campo 39 "Fatores causais":** assinalar o item **"Outros" com código 1-Sim** e Especificar: **"disseminação secundária pessoa-a-pessoa"**, quando **não** for possível identificar a fonte primária de infecção (alimento, água contaminada, exposição a esgoto ou a outro fator,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

3

inclusive ambiental), mas puder ser documentado, pela investigação epidemiológica, o contato entre os casos e outros doentes com comprovação laboratorial.

- ✓ **campo 9 "Local de Ocorrência":** sempre informar. Esses surtos ocorrem com frequência em instituições fechadas como em creches e escolas, presídios, etc.

Além da digitação **de surto DTA**, solicitamos que seja preenchido o **Formulário 3 de investigação coletiva de surto**. Este formulário deve ser encaminhado por e-mail para área técnica de DTA/CCD



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

Figura 1: Ficha de Notificação e Investigação de HEPATITES VIRAIS:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS		Nº		
Suspeita clínica/bioquímica: - Sintomático icterico: * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocólia 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, náuseas, 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		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/enferma	HEPATITES VIRAIS		Código (CID10)	B 19	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento				
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	14 Escolaridade	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 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	30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso					
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
33 Suspeita de:		34 Tomou vacina para:		Hepatitis A Hepatitis B		
35 Institucionalizado em		36 Agravos associados		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC		
Hepatitis Virais						



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

Antecedentes Epidemiológicos	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"/> Drogas Inaláveis ou Crack <input type="checkbox"/> Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais <input type="checkbox"/> Transplante		<input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Outras	
		<input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 39 Data do acidente ou transfusão ou transplante </div>		
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/mão domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	
42 Paciente encaminhado de <input type="checkbox"/>				
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 				
46 Resultados Sorológicos/Viroológicos				
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		<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total) <input type="checkbox"/> Anti -HDV Total <input type="checkbox"/> HCV-RNA		
48 Classificação final <input type="checkbox"/>				
1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo		49 Forma Clínica <input type="checkbox"/>		
		1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo		
50 Classificação Etiológica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
01- Virus A 06- Virus B e C 02- Virus B 07- Virus A e B 03- Virus C 08- Virus A e C 04- Virus B e D 09- Não se aplica 05- Virus E 99- Ignorado				
51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
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 				
Conclusão				
Observações: _____ _____ _____ _____ _____				



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

6

Figura 2. Ficha de Investigação de Surtos de DTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto		
	2 Agravado/ença Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)		
Notificação de Surto	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos 1 ^{os} Sinais do 1 ^o Caso Suspeito	
	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação		
Dados de Ocorrência	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____		
	10 UF 11 Município de Residência Código (IBGE)	12 Distrito	
	13 Bairro 14 Logradouro (rua, avenida,...) Código		
	15 Número 16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geo campo 1	
	18 Geo campo 2 19 Ponto de Referência	20 CEP	
	21 (DDD) Telefone 22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	23 País (se residente fora do Brasil)	
	Situação Inicial	24 Data da Investigação	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado
		26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 6- Outro Especificar _____ 9- Ignorado	
	Observações		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS

DTA - Investigação Epidemiológica

27 Número de Entrevistados 28 Número de Doentes Entrevistados 29 Número Total de Doentes 30 Número Total de Hospitalizados 31 Número de Óbitos

32 Número de Doentes por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Sexo			Total	Sinais e Sintomas	Doentes
	Masculino	Feminino	Ign			
	Número	Número	Número	Número		Número
< 1					Náuseas	
1 a 4					Vômitos	
5 a 9					Diarréia	
10 a 19					Cefaléia	
20 a 49					Dor Abdominal	
50 e +					Neurológicos	
Ignorada					Outros	
Total					Febre	

33 Sinais e Sintomas

34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias) 1 - Horas
2 - Dias

35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias) 1 - Horas
2 - Dias

36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias) 1 - Horas
2 - Dias

37 Local de Produção/Preparação

01 - Ambulantes	05 - Indústria	09 - Residência
02 - Comemorações	06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria	10 - Restaurante
03 - Creche / Escola	07 - Produção Agropecuária	11 - Outros Especificar _____
04 - Hospital / Unidade de Saúde	08 - Refeitório	99 - Ignorado

38 Local de Ingestão

01 - Ambulantes	05 - Indústria	09 - Residência
02 - Comemorações	06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria	10 - Restaurante
03 - Creche / Escola	07 - Produção Agropecuária	11 - Outros Especificar _____

39 Fatores Causais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Matéria-prima Imprópria Manipulação/Preparação Inadequada

Conservação Inadequada Outros Especificar _____

Amostras Clínicas

40 Coletadas Amostras Clínicas 41 Se SIM, nº de Amostras

42 Resultado 1 (Principal Achado) 43 Nº de Positivas

44 Resultado 2 (Outro Achado) 45 Nº de Positivas

46 Resultado 3 (Outro Achado) 47 Nº de Positivas

Amostras Bromatológicas

48 Coletadas Amostras de Alimentos 49 Se SIM, nº de Amostras

50 Resultado 1 (Principal Achado) 51 Nº de Positivas

52 Resultado 2 (Outro Achado) 53 Nº de Positivas

54 Resultado 3 (Outro Achado) 55 Nº de Positivas

56 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie) 57 Alimento causador do surto

58 Critério de Confirmação (Referente ao Agente Etiológico)

1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico Bromatológico 5 - Inconclusivo

59 Data do Encerramento

60 Medidas Adotadas / Recomendadas

Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE
NÚCLEO DE DOENÇAS AGUDAS TRANSMISSÍVEIS**

Figura 3. Formulário de Investigação Epidemiológica de Surto de Hepatite A – Formulário 3

SISTEMA UNICO DE SAUDE/MINISTERIO DA SAUDE
CENTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE _____

FORMULARIO 03



RESUMO DAS HISTÓRIAS DE CASOS E CONTROLES - INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE SURTO DE DOENÇA TRANSMITIDA POR ALIMENTOS/ÁGUA

LOCAL DE OCORRÊNCIA:										DATA DO SURTO NOTIFICAÇÃO ____/____/____										DATA DA				
ENDEREÇO:																								
N.º ORDEM	NOME DAS PESSOAS (doentes e não doentes) ENVOLVIDOS NO SURTO	SEXO	IDADE	DOENÇA	ATEND. MEDICO	CONTATO COM DOENTE		INICIO DOS SINTOMAS		SINAIS E SINTOMAS							DURAÇÃO (DIAS)	PROVÁVEIS FONTES / LOCAS DE TRANSMISSÃO			EXAMES LABORATORIAIS			EVOLUÇÃO
						SIM	NÃO	DIA	MES	PER. INCUBAÇÃO	FEBRE	NAUSEA	VOMITO	COLICAS	ICTERICIA	COLURIA		ACOLIAFECAL				SOROLOGIA (IgM ANTIHVA)	ENZIMAS HEPATICAS	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
US/D/S/IVE:				INVESTIGADOR:				CARGO/FUNÇÃO:				DATA DA INVESTIGAÇÃO: ____/____/____				ASSINATURA: _____								