

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE AGUDA DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA

1. Data da notificação:	<input type="text"/>	2. CNES:	<input type="text"/>
3. Nome do estabelecimento de saúde	<input type="text"/>		
4. Endereço do estabelecimento de saúde (Logradouro, n°, Bairro, CEP)	<input type="text"/>		
5. Nome de Paciente:	<input type="text"/>		
6. Data de Nascimento	<input type="text"/>		
7. Nome da Mãe	<input type="text"/>		
8. Endereço do paciente (Logradouro, n°, Bairro CEP)	<input type="text"/>		
9. Telefones (DDD)	<input type="text"/>		
<b>INFORMAÇÕES CLÍNICAS</b>			
10. Foi descartada hipótese diagnóstica de hepatites Virais (A, B, C, D e E)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
11. Data dos primeiros sintomas	<input type="text"/>		
12. Sintomas <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Outros	13. Exames laboratoriais realizados <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> Bilirrubina Direta <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Bilirrubina Indireta		
14. Resultados dos Exames laboratoriais realizados:	<input type="text"/>		
15. Foi coletada amostra para painel viral? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	16. Se sim, quais agentes foram identificados <input type="text"/>		
18. Tomou vacina contra covid19? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	19. Datas da Vacinação Data da Primeira Dose <input type="text"/> Data da Segunda Dose <input type="text"/> Data da Dose Adicional <input type="text"/>	20. Fabricante da Vacina Primeira Dose <input type="text"/> Segunda Dose <input type="text"/> Dose Adicional <input type="text"/>	

<b>21. Realizou viagem nos últimos 3 meses?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>22. Data da Viagem</b> <input type="text"/>	<b>23. Local da viagem:</b> <input type="text"/>
<b>24. Já teve covid19?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>25. Fez PCR ou Teste Rápido de Antígeno?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>26. Data do resultado positivo:</b> <input type="text"/>
<b>27. Apresentou sintomas respiratórios recentemente?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>28. Data de início dos sintomas respiratórios</b> <input type="text"/>	
<b>29. Teve contato com algum caso semelhante?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>30. Apresenta alguma comorbidade</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>31. Quais?</b> <input type="text"/>	
<b>33. Informações complementares e observações:</b> <input type="text"/>		
<b>34. Nome do responsável pelo preenchimento:</b> <input type="text"/>		
<b>35. Telefones do responsável pelo preenchimento (DDD)</b> <input type="text"/>		