



**SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**HEPATITES VIRAIS - FICHA DE INVESTIGAÇÃO**

Nº

**Suspeita clínica/bioquímica:**

- Sintomático icterício:

\* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia 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, náusea, 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.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO/DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	<b>HEPATITES VIRAIS</b>		<b>B 19</b>	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	
SP	CAMPINAS	350950		
6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	

<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	8 NOME DO PACIENTE		9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (ou) IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA/COR
	1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANO <input type="checkbox"/>	M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO <input type="checkbox"/>	1 - 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 2 - 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA <input type="checkbox"/> 5 - NÃO <input type="checkbox"/> 6 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
14 ESCOLARIDADE		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) <input type="checkbox"/>		
		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA <input type="checkbox"/>		
		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA <input type="checkbox"/>		
		9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
		10 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 NOME DA MÃE		

<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	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)	
	1 - URBANA <input type="checkbox"/> 2 - RURAL <input type="checkbox"/> 3 - PERIURBANA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
	33 SUSPEITA DE:		34 TOMOU VACINA PARA:	
	1 - HEPATITE A <input type="checkbox"/> 2 - HEPATITE B/C <input type="checkbox"/> 3 - NÃO ESPECIFICADA <input type="checkbox"/>		1 - COMPLETA <input type="checkbox"/> 2 - INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 3 - NÃO VACINADO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	35 INSTITUCIONALIZADO EM		HEPATITE A <input type="checkbox"/> HEPATITE B <input type="checkbox"/>	
1 - CRECHE <input type="checkbox"/> 2 - ESCOLA <input type="checkbox"/> 3 - ASILO <input type="checkbox"/> 4 - EMPRESA <input type="checkbox"/> 5 - PENITENCIÁRIA <input type="checkbox"/> 6 - HOSPITAL/CLÍNICA <input type="checkbox"/> 7 - OUTRAS <input type="checkbox"/> 8 - NÃO INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				
36 AGRAVOS ASSOCIADOS		37 CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE HBV OU HBC		
1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		SEXUAL <input type="checkbox"/> DOMICILIAR (NÃO SEXUAL) <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>		
HIV / AIDS <input type="checkbox"/> OUTRAS DSTS <input type="checkbox"/>		1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES <input type="checkbox"/> 2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES <input type="checkbox"/> 3 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		

**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

- MEDICAMENTOS INJETÁVEIS
- DROGAS INALÁVEIS OU CRACK
- DROGAS INJETÁVEIS
- ÁGUA/ALIMENTO CONTAMINADO
- TRÊS OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS
- TRANSPLANTE

- TATUAGEM/PIERCING
- ACUPUNTURA
- TRATAMENTO CIRÚRGICO
- TRATAMENTO DENTÁRIO
- HEMODIÁLISE
- OUTRAS

- ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO
- TRANSFUÇÃO DE SANGUE /DERIVADOS

**39 DATA DO ACIDENTE OU TRANSFUÇÃO OU TRANSPLANTE**

**40 LOCAL/ MUNICÍPIO DA EXPOSIÇÃO (PARA SUSPEITA DE HEPATITE A - LOCAL REFERENCIADO NO CAMPO 35)  
(PARA SUSPEITA DE HEPATITE B/C - LOCAL DE HEMODIÁLISE, TRANSFUÇÃO 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/NÃO DOMICILIAR 4-USO DE DROGAS 5-OUTRO 9-IGNORADO	HBsAg 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HBc total 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HCV 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	INDICADO VACINA CONTRA HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 3-INDIVÍDUO JÁ IMUNE 9-IGNORADO	INDICADO IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

**42 PACIENTE ENCAMINHADO DE**

- 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
  - 2 - NÃO REAGENTE
  - 3 - INCONCLUSIVO
  - 4 - NÃO REALIZADO
  - 9 - IGNORADO
- HBsAg       Anti HBc (TOTAL)       Anti-HCV

**45 DATA DA COLETA DA SOROLOGIA**

**46 RESULTADOS SOROLÓGICOS / VIROLÓGICOS**  
1 - REAGENTE/POSITIVO 2 - NÃO REAGENTE / NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO

- Anti-HAV - IgM       Anti-HBs       Anti -HDV - IgM
- HBsAg       HBeAg       Anti -HEV - IgM
- Anti-HBc IgM       Anti-HBe       Anti-HCV
- Anti -HBc (Total)       Anti -HDV Total       HCV-RNA

**47 GENÓTIPO PARA HCV**

- 1 - GENÓTIPO 1
- 2 - GENÓTIPO 2
- 3 - GENÓTIPO 3
- 4 - GENÓTIPO 4
- 5 - GENÓTIPO 5
- 6 - GENÓTIPO 6
- 7 - NÃO SE APLICA
- 9 - IGNORADO

**48 CLASSIFICAÇÃO FINAL**

- 1 - CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL
- 2 - CONFIRMAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
- 3 - DESCARTADO
- 4 - CICATRIZ SOROLÓGICA
- 8 - INCONCLUSIVO

**49 FORMA CLÍNICA**

- 1 - HEPATITE AGUDA
- 2 - HEPATITE CRÔNICA/PORTADOR ASSINTOMÁTICO
- 3 - HEPATITE FULMINANTE
- 4 - INCONCLUSIVO

**50 CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA**

- 01 - VÍRUS A
- 02 - VÍRUS B
- 03 - VÍRUS C
- 04 - VÍRUS B E D
- 05 - VÍRUS E
- 06 - VÍRUS B E C
- 07 - VÍRUS A E B
- 08 - VÍRUS A E C
- 09 - NÃO SE APLICA
- 99 - IGNORADO

**51 PROVÁVEL FONTE / MECANISMO DE INFECÇÃO**

- 01 - SEXUAL
- 02 - TRANSFUSIONAL
- 03 - USO DE DROGAS
- 04 - VERTICAL
- 05 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 06 - HEMODIÁLISE
- 07 - DOMICILIAR
- 08 - TRATAMENTO CIRÚRGICO
- 09 - TRATAMENTO DENTÁRIO
- 10 - PESSOA / PESSOA
- 11 - ALIMENTO/ÁGUA CONTAMINADA
- 12 - OUTROS:
- 99 - IGNORADO

**52 DATA DO ENCERRAMENTO**

**OBSERVAÇÕES:**

MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE

NOME

FUNÇÃO

ASSINATURA