



CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (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 Agravado/doença LEPTOSPIROSE	3 Data da Notificação	
	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 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 à 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"/> Criação de animais <input type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto <input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores <input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura) <input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa <input type="checkbox"/> Roedores diretamente <input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos <input type="checkbox"/> Terreno baldio <input type="checkbox"/> Lixo/ entulho <input type="checkbox"/> Outras _____		
34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
<input type="checkbox"/> Casos Humanos		<input type="checkbox"/> Casos Animais	
Dados Clínicos	35 Data de 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 <input type="checkbox"/> 38 Data da Internação		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	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
 1 - Reagente 2 - Não Reagente
 3- Inconclusivo 4-Não realizado

45 Data da Coleta - 2ª amostra 46 Resultado 2ª Amostra
 1 - Reagente 2 - Não Reagente
 3- Inconclusivo 4-Não realizado

Microaglutinação

47 Data da Coleta - Micro 1ª amostra 48 Micro 1ª Amostra
 1º sorovar título 1:1:

49 Micro 1ª Amostra
 2º sorovar título

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
 1º sorovar título 1:1:

53 Micro 2ª Amostra
 2º sorovar título 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

61 Classificação Final 62 Critério de Confirmação ou Descarte
 1-Confirmado 2-Descartado 1-Clinico-Laboratorial 2-Clinico- Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 30 dias)

63 O caso é autóctone do município de residência? 64 UF 65 País
 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

66 Município Código (IBGE) 67 Distrito 68 Bairro

Característica do Local Provável de Infecção

69 Área provável de Infecção 70 Ambiente da Infecção
 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado

71 Doença Relacionada ao Trabalho 72 Evolução do Caso
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

73 Data do Óbito 74 Data do Encerramento

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:

Investigador Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde
 Nome Função Assinatura

Dados do Laboratório

Conclusão