

**CASO CONFIRMADO**

- Hepatite A:** - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente  
- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A  
- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
- Hepatite B:** - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:  
. HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável  
- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
- Hepatite C:** - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:  
. Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável  
- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
- Hepatite D:** - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:  
. Anti-HDV total reagente . HDV-RNA detectável  
- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
- Hepatite E:** - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:  
. Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes . HEV-RNA detectável  
- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HEPATITES VIRAIS		B 19		
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7		Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8				9
	Nome do Paciente				Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12
	Gestante		13		Raça/Cor
14		Escolaridade		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	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 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	Suspeita de:	34	Tomou vacina para:
	1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada		1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado	
	Hepatite A Hepatite B			
35	Institucionalizado em			
1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado				
36	Agravos associados		37	Contato com paciente portador de HBV ou HBC
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		HIV/AIDS Outras DSTs	1-Sim, há menos de seis meses 3-Não 2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado	
		Sexual Domiciliar ( não sexual ) Ocupacional		

**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"/> Tatuagem/Piercing    | <input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico |
| <input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack      | <input type="checkbox"/> Acupuntura           | <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados |
| <input type="checkbox"/> Drogas injetáveis              | <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado      | <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário  |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais | <input type="checkbox"/> Hemodiálise          |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Transplante                    | <input type="checkbox"/> Outras               |                                                          |

**39** Data do acidente ou transfusão ou transplante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**40** Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35)  
(para caso 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/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	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 / Teste rápido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**46** Resultados Sorológicos/Viológicos/Teste rápido

1 - Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM
2 - Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM
3 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV
4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total)	<input type="checkbox"/> Anti -HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA

**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	

**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	06- Virus B e C
02- Vírus B	07- Virus A e B
03- Vírus C	08- Virus A e C
04- Vírus B e D	09- Não se aplica
05- Virus E	99- Ignorado

**51** Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observações:


Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

Função

Assinatura