

SUS-MS-DST-AIDS

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS
DE NOTIFICAÇÃO
FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO**

AIDS
EM PACIENTES COM 13
ANOS OU MAIS

DADOS GERAIS

1 - NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO		2 - DATA DE NOTIFICAÇÃO		3 - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO	
4 - CÓDIGO MUNICÍPIO		5 - NOME MUNICÍPIO			
6 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7 - NOME UNIDADE DE SAÚDE			

DADOS DO CASO

8 - NOME DO PACIENTE					
9 - DATA NASCIMENTO		10 - IDADE		11 - SEXO	
12 - GRAU DE INSTRUÇÃO		13 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS			
14 - CÓDIGO ETNIA		15 - SE ÍNDIO, ETNIA			
RESIDÊNCIA	16 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO		17 - NOME MUNICÍPIO		
	18 - CÓDIGO DO DISTRITO		19 - DISTRITO		20 - ZONA
	22 - CÓDIGO BAIRRO		20 - BAIRRO OU LOCALIDADE		21 - UF
	24 - ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº)				
	25 - PONTO DE REFERÊNCIA			26 - TELEFONE	
27 - GRAU DE INSTRUÇÃO		28 - OCUPAÇÃO			
29 - DATA DO DIAGNÓSTICO DE AIDS		30 - SITUAÇÃO ATUAL		31 - DATA DO ÓBITO	
32 - NÚMERO DA D.O.					
33 - EM CASO DE ÓBITO INFORMAR A CAUSA DE MORTE (EXATAMENTE COMO O ATESTADO DE ÓBITO)					
A) _____ C) _____ E) _____					
B) _____ D) _____					
34 - NOME DA MÃE					

AVALIAÇÃO DE RISCO

SEXUAL	35 - RELAÇÕES SEXUAIS		36 - RELAÇÕES SEXUAIS COM INDIVÍDUO SABIAMENTE HIV + / AIDS	
	1 - SÓ COM HOMENS 2 - SÓ COM MULHERES 3 - COM HOMENS E MULHERES		4 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	
SANGUÍNEO	37 - INFORMAÇÃO SOBRE PARCERIA SEXUAL		38 - USO DE DROGA INJETÁVEL	
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	<input type="checkbox"/> PACIENTE COM MÚLTIPLOS PARCEIROS <input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM HOMENS <input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM MULHERES <input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES		<input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS <input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) QUE USA DROGA INJETÁVEL <input type="checkbox"/> PARCEIRO (A) QUE RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE / DERIVADOS <input type="checkbox"/> PARCEIRO HEMOFÍLICO	
OUTRO	39 - HEMOFILIA		40 - HISTÓRIA DE TRANSFUSÃO DE SANGUE / DERIVADOS	
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	41 - NO CASO DE HAVER HISTÓRIA DE TRANSFUSÃO			
DATA: ___/___/___ MUNICÍPIO: _____ INSTITUIÇÃO: _____ UF: _____				
42 - APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DA CN DST/AIDS, A TRANSFUSÃO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV?		43 - TRANSMISSÃO VERTICAL (MÃE / FILHO)		
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
44 - ACIDENTE DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SOROLOGIA NEGATIVA NO MOMENTO DO ACIDENTE E SOROCONVERSÃO DENTRO DOS PRIMEIROS 6 MESES.		45 - OUTRO		
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		_____		

DADOS LABORATORIAIS

46 - DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV				47 - CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4+	
1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO				_____	
1 - ELISA (1º TESTE)		3 - IMUNOFLOURESCÊNCIA		DATA ___/___/___	
2 - ELISA (2º TESTE)		4 - WESTERN BLOT			
		5 - PCR			
		6 - OUTROS _____			

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

DADOS CLÍNICOS

48 - CRITÉRIOS C A R A C A S

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - SARCOMA DE KAPOSI (10) | <input type="checkbox"/> 8 - FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38°C, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 2 - TUBERCULOSE DISSEMINADA / EXTRA PULMONAR / NÃO CAVITÁRIA (10) | <input type="checkbox"/> 9 - CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2) |
| <input type="checkbox"/> 3 - CANDIDIASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5) | <input type="checkbox"/> 10 - ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 4 - TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5) | <input type="checkbox"/> 11 - DERMATITE PERSISTENTE (2) |
| <input type="checkbox"/> 5 - HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) | <input type="checkbox"/> 12 - ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) |
| <input type="checkbox"/> 6 - DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) | <input type="checkbox"/> 13 - TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE (2) |
| <input type="checkbox"/> 7 - DIARRÉIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) | <input type="checkbox"/> 14 - LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |

49 - CRITÉRIO C D C

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - CANDIDIASE (ESÔFAGO, TRAQUEÍIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 9 - LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> 2 - CITOMEGALOVIROSE | <input type="checkbox"/> 10 - LINFOMA NÃO HODGKIN |
| <input type="checkbox"/> 3 - CÂNCER CERVICAL INVASIVO | <input type="checkbox"/> 11 - LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO |
| <input type="checkbox"/> 4 - CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR) | <input type="checkbox"/> 12 - MICROBACTERIOSE DISSEMINADA |
| <input type="checkbox"/> 5 - CRIPTOSPORIDIASE | <input type="checkbox"/> 13 - PNEUMONIA POR P. C A R I N I I |
| <input type="checkbox"/> 6 - HERPES SIMPLES (MUÇO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 14 - SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE) |
| <input type="checkbox"/> 7 - HISTOPLASMOSE DISSEMINADA | <input type="checkbox"/> 15 - TOXOPLASMOSE CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> 8 - ISOSPORÍASE | |

CRITÉRIOS EXCEPCIONAIS DE DEFINIÇÃO DE CASO

50 - NO CASO DA PRESENÇA DE SITUAÇÕES CLÍNICAS DEFINIDORAS, PORÉM SEM O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV, HOUVE EXCLUSÃO DAS CAUSAS DE IMUNODEFICIÊNCIA LISTADAS NA DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

51 - DIAGNÓSTICO DE AIDS EXPLICITADO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO, SEM NENHUM OUTRO DADO

1 - SIM
2 - NÃO
9 - IGNORADO

52 - ÓBITO POR CAUSA NÃO EXTERNA EM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO E COM ARC

1 - SIM
2 - NÃO
9 - IGNORADO

53 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO

54 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

INVESTIGADOR

55 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

56 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

57 - NOME

58 - FUNÇÃO

59 - DATA

60 - ASSINATURA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

61 -

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA

1 - PREENCHER TODOS OS CAMPOS;

2 - DATAS: QUANDO O DIA OU MÊS FOR IGNORADO, MARCAR 99. NÃO USAR 99 PARA O ANO;

3 - NÃO PREENCHER O CAMPO IDADE COM 99. SE A IDADE FOR DESCONHECIDA, PREENCHER COM DOIS ZEROS (00);

4 - NOTIFICAR SOMENTE CASOS QUE PREENCHAM ALGUM DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DO CASO DE AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS:

- COM EVIDÊNCIA LABORATORIAL* DE INFECÇÃO PELO HIV:

A) 10 PONTOS NO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS (CAMPOS 46), OU

B) PRESENÇA DE QUALQUER DOENÇA INDICATIVA DE IMUNOSSUPRESSÃO LISTADA NO CAMPO 47 (CRITÉRIO CDC MODIFICADO), OU

C) CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD⁴ ABAIXO DE 350, OU

D) ÓBITO DE CAUSA NÃO EXTERNA (CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTE, HOMICÍDIO, SUICÍDIO) EM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO E QUE ESTEJA APRESENTANDO SINAIS E SINTOMAS DO COMPLEXO RELACIONADO À AIDS (ARC).

- SEM EVIDÊNCIA LABORATORIAL* DE INFECÇÃO PELO HIV:

E) PRESENÇA DE DOENÇA DEFINIDORA (CONSULTAR A PUBLICAÇÃO: AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS: CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO) CONFIRMADA POR MÉTODO DEFINITIVO OU

F) ÓBITO DE CAUSA NÃO EXTERNA (CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTE, HOMICÍDIO, SUICÍDIO) EM CUJO ATESTADO CONSTE AIDS EM ALGUM DOS CAMPOS, E CUJA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NÃO FOI CONCLUSIVA.

* EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV EM PACIENTES QUE APRESENTEM SITUAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS COMPATÍVEIS COM IMUNODEFICIÊNCIA:

A) REATIVIDADE EM NO MÍNIMO 2 TESTES DE TRIAGEM COM METODOLOGIA E/OU PRINCÍPIOS ANTIGÊNICOS DIFERENTES, QUE PODEM SER REALIZADOS NA MESMA AMOSTRA.

OS TESTES DE TRIAGEM MAIS COMUNS SÃO:

- ELISA (EIA), QUIMIOLUMINISCÊNCIA E MEIA;

- TESTE SIMPLES, E

- TESTE RÁPIDO, OU

B) POSITIVIDADE EM UM DOS MÉTODOS CONFIRMATÓRIOS, COMO POR EXEMPLO WESTERN BLOT OU IMUNOFLUORESCÊNCIA; OU

C) POSITIVIDADE EM TESTE DE AMPLIFICAÇÃO DE ÁCIDOS NUCLÉICOS, COMO POR EXEMPLO A PCR (REAÇÃO DA POLIMERASE EM CADEIA)