

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		
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13	Raça/Cor		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	14	Escolaridade			
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)
	19	Distrito		20 Bairro	
Dados de Residência	21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência
Dados de Residência	27	CEP		28 (DDD) Telefone	
	29	Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31	Data da Investigação		32 Ocupação	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	33	Suspeita de:		34	Tomou vacina para:		35	Institucionalizado em	
	36	Agravos associados		37	Contato com paciente portador de HBV ou HBC		38	Sexual	
	39	HIV/AIDS		40	Domiciliar (não sexual)		41	Ocupacional	
Antecedentes Epidemiológicos	42	Outras DSTs		43	1-Sim, há menos de seis meses 3-Não		44	2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado	
	45	1-Sim 2- Não 9- Ignorado		46	1-Sim, há menos de seis meses 3-Não		47	2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado	
	48	1-Sim 2- Não 9- Ignorado		49	1-Sim, há menos de seis meses 3-Não		50	2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado	

