

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA: Complicação de quadro de diarreia associada à infecção por *Escherichia coli* enterohemorrágica produtora de Shiga-toxina. Caracterizada pela ocorrência simultânea da tríade Insuficiência Renal Aguda, Anemia Microangiopática e Trombocitopenia. Apresenta um ou mais dos sinais e sintomas: oligoanúria, petéquias, icterícia, palidez cutânea-mucosa, hipertensão arterial.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2- Individual				
	2	Agravo/doença	SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA		Código (CID10) D 5 9 3			
	3	Data da Notificação						
	4	Município da Notificação	Código (IBGE)					
Notificação Individual	5	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	6	Data dos Primeiros Sintomas		
	7	Nome do Paciente			8	Data de Nascimento		
	9	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		
	11	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
Dados de Residência	12	Escolaridade						
	13	Número do Cartão SUS		14			Nome da mãe	
	16	UF	17	Município de Residência		Código (IBGE)		
	18	Bairro		19	Geo campo 1			
Antecedentes Epidemiológicos	20	Geo campo 2		22			Número	
	21	Logradouro (rua, avenida,...)				23		Complemento (apto., casa, ...)
	24	Ponto de Referência		25		CEP		
	26	(DDD) Telefone		27	Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
Dados Clínicos	28	País (se residente fora do Brasil)		29			Data da Investigação	
	30	Ocupação e Ramo de Atividade				31		Houve atendimento
	32	Tipo de Atendimento		33		Data do 1º Atendimento		
	34	Nº Total de Atendimento até a Suspeição Clínica		35		Data da Suspeição Clínica		
Dados Clínicos	36	Ocorreu Hospitalização		37		Data da Internação		
	38	Data da Alta Hospitalar				39		UF
	40	Município do Hospital		41				Nome do Hospital
	42	Endereço do Hospital				43		(DDD) Telefone
Dados Clínicos	44	Sinais e Sintomas				45		Data do Início da Diarreia
	46	Duração da Diarreia		47		Diurese		
				48		Hipertensão Arterial		

Dados Complementares do Caso

Tratamento	49 Tipos de Tratamento <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> Outros _____		
	50 Diálise 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Dias de Diálise _____	52 Transfusão sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	53 Número de Transfusões _____	54 Utilizou Antibióticos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	55 Caso Afirmativo: Antibiótico 1: _____ Antibiótico 2: _____ Antibiótico 3: _____		Data de Início _____

Dados do Laboratório	56 Material Colhido 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Sangue		57 Tipo de Coleta das fezes 1 - Swab Retal 3 - Fezes In Natura <input type="checkbox"/> 2 - Swab Fecal 4 - Papel de Filtro 9 - Ignorado		
	58 Data da Coleta _____	59 Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	60 Caso Afirmativo, Qual?		
	61 Resultado Laboratorial Contagem de Leucócitos _____ Valor mais alto Contagem de Plaquetas _____ Valor mais baixo		Hematócrito _____ % Valor mais baixo		
	Microorganismo Isolado _____ Leucócitos em material fecal <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		ECVT _____ (Produção de "Vero" Toxina) Soro: 1ª Amostra _____ Ureia _____ Na ⁺ _____ VTMF _____ (Produção de "Shiga" Toxina) 2ª Amostra _____ Creatinina _____ K ⁺ _____		

Fatores que influenciam na Exposição	62 Antes do caso ter diarreia ele teve contato com: (especificar) <input type="checkbox"/> Alguém c/diarreia _____ <input type="checkbox"/> Animais (bovinos, caprinos, suínos...) _____ <input type="checkbox"/> Lagos / Rios _____ <input type="checkbox"/> Piscinas públicas _____		63 Até 10 dias antes do início da diarreia, você ingeriu: (onde?) <input type="checkbox"/> Carne crua ou mal cozida _____ <input type="checkbox"/> Leite bovino cru e derivados _____ <input type="checkbox"/> Água não tratada _____ <input type="checkbox"/> Verduras e legumes crus _____		
	64 Endereços dos locais da exposição				
	Data	Endereço	Município	UF	País

Conclusão	65 Aleitamento Materno até _____ meses	66 Alimento mais suspeito	
	67 Diagnóstico encontrado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda <input type="checkbox"/> Anemia Microangiopática <input type="checkbox"/> Trombocitopenia		
	68 Classificação Final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado (especificar outro agente)		69 Critério de Confirmação / Descarte 1 - Laboratorial 2 - Vínculo-Epidemiológico 3 - Clínico <input type="checkbox"/>
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 10 dias)		
	70 UF _____	71 País _____	72 Município _____
73 Bairro _____		74 Distrito _____	
75 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		76 Evolução do Caso 1-Cura 2-Óbito <input type="checkbox"/> 3-Insuficiência Renal Crônica 9-Ignorado	77 Comprometimento Neurológico: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
78 Data do Óbito _____		79 Data do Encerramento _____	

Observações:

Investigador	80 Município/Unidade de Saúde	81 Cód. da Unid. de Saúde _____
	82 Nome	83 Função