

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código

Dados do Caso	5 Agravado AIDS	Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		

Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário	27 Ocupação
	28 Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	29 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	30 Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos	
	31 Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32 Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais	33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia	
	História de transfusão de sangue/derivados:	
	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não	
	35 Data da transfusão	36 UF
38 Instituição onde foi realizada a transfusão.		
39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	40 Acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

Dados Clínicos

41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*
<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	
<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<i>*Excluída a tuberculose como etiologia</i>

42 Critério CDC adaptado 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão)	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase.
<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal.	<input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente)
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica	
<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	

Dados do Laboratório

43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado

Teste de triagem (1º Teste) Teste confirmatório
 Teste de triagem (2º Teste)

44 Data de evidência laboratorial do HIV

45 Contagem de Linfócitos CD4+

Trat.

46 UF **47** Município onde se realiza o tratamento **48** Unidade de saúde onde se realiza o tratamento

Evolução

49 Situação atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado

50 Data do Óbito

Critério Excepcional

51 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Investigador

52 Nome **53** Função

54 Assinatura

Instruções para Preenchimento da Ficha

As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.

6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV.

8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.

9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.

12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.

28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico.

41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:

a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou

b) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou

c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de caso de aids.

(*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).