

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA: início agudo com anemia hemolítica (hemoglobina <10 mg/dL ou hematócrito <30% ou queda >5%) com alterações microangiopáticas, dano renal (hematúria, proteinúria e uremia >50 mg/dL, em ausência de desidratação, ou creatinina >1 mg/dL ou aumento de 50% dos valores no início da doença) e plaquetopenia, que se segue a episódio de diarreia com ou sem sangue, em até três semanas antecedentes. Se a contagem de plaquetas após sete dias do início da doença gastrointestinal aguda não for <150.000/mm³, considerar outros diagnósticos. Mais frequente em crianças menores de 5 anos. Manifestações comuns: palidez, oligúria, petéquias e hematomas. Podem estar presentes letargia e convulsões. NOTA: a investigação deve procurar exposição a alimentos de risco como carne mal cozida ou crua, leite não pasteurizado ou não fervido, verduras e frutas contaminadas com fezes de gado, entre outros que podem veicular a *E. coli* O157:H7 e outras STEC (Shiga Toxin-producing *E. coli*).

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | | 2- Individual | |
| | 2 Agravo/doença | | Código (CID10) | 3 Data da notificação |
| | SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA | | D59.3 | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | 6 Código (IBGE) | |
| | | | | |
| Notificação Individual | 7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | 8 Data dos primeiros sintomas |
| | | | | |
| | 9 Nome do Paciente | | 10 Data de nascimento | |
| | | | | |
| Dados de residência | 11 (ou) Idade | 12 Sexo | 13 Gestante | 14 Raça/Cor |
| | 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano | M-Masculino F-Feminino I-Ignorado | 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4-Idade gestacional 5-Idade gestacional 6-Não se aplica 9-Ignorado | 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorada |
| | 15 Escolaridade | 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF 2-4ª série completa do EF 3-5ª a 8ª série incompleta do EF 4-8ª série/EF completa 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Ensino superior incompleto 8-Ensino superior completo 9-Ignorado 10-Não se aplica | | |
| | 16 Número do cartão do SUS | 17 Nome da mãe | | |
| | | | | |
| Dados de residência | 18 UF | 19 Município de residência | 20 Código (IBGE) | 21 Distrito |
| | | | | |
| | 22 Bairro | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | 24 Código |
| | | | | |
| | 25 Número | 26 Complemento (apto, casa,...) | | 27 Geo campo 1 |
| | | | | |
| Dados complementares do Caso | 28 Geo campo 2 | 29 Ponto de Referência | | 30 CEP |
| | | | | - |
| | 31 (DDD) Telefone | 32 Zona | 33 País (se residente de fora do país) | |
| | | 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado | | |
| Antecedentes epidemiológicos | 34 Data da investigação | 35 Ocupação | 36 Viagem na semana anterior aos 1ºs sintomas? | |
| | | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, local: | |
| | 37 Contato com caso de diarreia na semana anterior aos 1ºs sintomas? | | 38 Nº de casos conhecidos com diarreia no período? | |
| | 1-Domicílio 2-Vizinhança 3-Trabalho 4-Creche/Escola 5-Outros 6-Sem contato 9-Ignorado | | | |
| | 39 Sugestão de vínculo com: | | 40 Contato com animais | |
| 1-Consumo de água não tratada 2-Exposição à esgoto 3-Alimento suspeito 4-Águas de recreação 5-Doença autoimune 6-Doença renal anterior | | 1-Domésticos 2-Gado 3-Outros, especifique: | | |
| 41 Hábitos alimentares | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | |
| <input type="checkbox"/> Carne moída pouco cozida <input type="checkbox"/> Frutas e verduras sem higienização com cloro <input type="checkbox"/> Água direto da torneira | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leite não pasteurizado sem ferver <input type="checkbox"/> Leite materno, para crianças < 5 anos | | | | |
| Dados Clínicos | 42 Data da 1ª consulta | 43 Ocorreu hospitalização? | 44 Data da hospitalização | |
| | (no episódio de diarreia ou da síndrome) | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | |
| | | | | |
| Dados Clínicos | 45 Nome do Hospital e código | | 46 Município do Hospital e código (IBGE) | 47 UF |
| | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 48 Sinais e sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Diarreia: <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta Data de início: Duração (dias) N° evacuações em 24h _ <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| | 49 Complicações ocorridas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Irritabilidade/apreensão <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Paralisia/hemiparesia <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda <input type="checkbox"/> Sangramento intestinal <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Outras _____ (Descrever) | | | |
| Aspectos laboratoriais para diagnóstico e Pesquisa do agente etiológico | | | | |
| Dados Laboratoriais | 50 Hemoglobina <10mg/dL <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 51 Hematócrito <30% ou queda >5% <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 52 Plaquetopenia (<100.000/mm ³) <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | |
| | 53 Dano renal evidenciado por: <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Proteinúria <input type="checkbox"/> Uremia >50mg/dL (sem desidratação) <input type="checkbox"/> Creatinina >1mg/dL ou >50% dos valores no início da doença 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | | |
| | 54 Coleta de material 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Sangue (hemocultura) <input type="checkbox"/> Fezes (coprocultura) <input type="checkbox"/> Urina (urocultura) <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Leucócitos em material fecal _____ | Data da coleta 55 Hemocultura: 56 Coprocultura: 57 Urocultura: 58 Outros: | Resultado 1-Positivo 2-Negativo 3-Não realizado 4-Inconclusivo 59 Hemocultura <input type="checkbox"/> 60 Coprocultura <input type="checkbox"/> 61 Urocultura <input type="checkbox"/> 62 Outros <input type="checkbox"/> | |
| | 63 Uso de antibiótico antes da coleta de material <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 64 Microorganismo (s) isolado (s) | 65 Nome do laboratório | |
| | Tratamento e Conclusão | | | |
| Tratamento e Conclusão | 66 Rehidratação <input type="checkbox"/> 1-Oral 2-Venosa 3-Oral/Venosa 4-Não 9-Ignorado | 67 Diálise <input type="checkbox"/> 1-Peritoneal 2-Hemodiálise 3-Não 9-Ignorado | 68 Plasmaférese <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 69 Cirurgia abdominal <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado |
| | 70 Transfusão <input type="checkbox"/> 1-Hemácias ou sangue total 2-Plaquetas 3-Plasma fresco ou congelado 4-Não 9-Ignorado | Antibióticos utilizados 71 Abt1 _____ 72 Abt2 _____ 73 Abt3 _____ | Data de início 74 Abt1 75 Abt2 76 Abt3 | Duração (dias) 77 Abt1 ____ 78 Abt2 ____ 79 Abt3 ____ |
| | 80 Caso com insuficiência renal ao final do tratamento <input type="checkbox"/> 1-Permanente 2-Temporária 3-Não 9-Ignorado | 81 Classificação final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado | 82 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clínico-epidemiológico | |
| | 83 Doença associada a alimento contaminado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 84 Foram realizados testes laboratoriais no (s) alimento (s)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 85 Em quais alimentos o teste foi positivo? | 86 Microorganismo (s) isolado (s) |
| | 87 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado | 88 Data do desfecho (alta ou óbito) | 89 Data do encerramento | |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde/VE | | | Código Unid. Saúde |
| | Nome | Função | Assinatura | |

