

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 24	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação		
	Provável modo de transmissão		
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		
	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado		
Dados do Laboratório	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia		
	Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		
	Informações sobre transfusão/acidente		
35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código		
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
Teste de triagem	Data da coleta	Teste confirmatório	Data da coleta
Teste rápido 1	Teste rápido 2	Teste rápido 3	Data da coleta

41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 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 1cm, 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 causa</i>

42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva
<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou 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>Pneumocystis carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³

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

Trat. **44** UF **45** Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) **46** Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código

Evolução **47** Evolução do caso **48** Data do Óbito

1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

Investigador Nome Função

Assinatura