

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HTLV

Definição de caso: Entende-se por pessoa com a infecção pelo HTLV aquela que apresente **teste confirmatório reagente** (critério laboratorial). Os critérios para caracterização da detecção do HTLV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde.

Notificação semanal.

Dados Gerais	1. Tipo de Notificação (Individual) 2. Agravado/Infecção HTLV 3. Data da Notificação*: ____/____/____ 4. N° da Notificação*: _____ 5. UF da notificação*: _____ 6. Município de Notificação* _____ 7. Unidade notificadora*: _____ 8. CNES da unidade: _____ 9. Data do Diagnóstico*: ____/____/____
Dados Sociodemográficos	10. Nome do Paciente*: _____ 11. Data de Nascimento*: ____/____/____ 12. Idade: _____ 13. Sexo biológico: () 1-Masculino 2- Feminino 3- Intersexo 9- Ignorado 14. Identidade de gênero (): 1. Homem 2. Mulher 3. Homem trans 4. Mulher trans 5. Não binário 6. Travesti 7. Outro: ____ 9. Ignorado 15. Orientação sexual (): 1- Homossexual 2 – Heterossexual 3 – Bissexual 4 - Assexual 5 – Pansexual 6- Não se aplica 7. Outro: _____ 9-Ignorado 16. Gestante* () : 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 5-Não 6- Não se aplica 9 - Ignorado 17. Raça/Cor* (): 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9-Ignorado 18. 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 19. Número do Cartão do SUS: _____ 20. N° CPF: _____ 21. Nome da Mãe*: _____ 22. UF de residência*: _____

Dados Sociodemográficos	23. Município de Residência*: _____ 24. Região de Saúde: _____ 25. Logradouro* (rua, avenida, travessa, sítio): _____ 26. Bairro*: _____ 27. Distrito Sanitário: _____ 28. CEP: _____ 29. Telefone () _____ 30. Zona (): 1- Urbana 2- Rural 9- Ignorado 31. País: _____ 32. Ocupação: _____ 33. Recebe algum benefício de programa de transferência de renda do governo (): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 34. População especial*: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado () Quilombola () Doadora de leite materno () Doador de sangue/órgão/tecido humano () Transplantado () Dialíticos () UDI* () População ribeirinha () Povos indígenas () Outros: _____ <i>*Usuário de drogas injetáveis</i>
Provável modo de transmissão	35. Transmissão vertical* (): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 36. Transmissão sexual* (): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 37. Transmissão sanguínea*: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado () Uso de drogas injetáveis () Tratamento/hemotransusão de hemoderivados () Transusão sanguínea () Exposição ocupacional a sangue e materiais biológicos por acidente com materiais perfurocortantes () Transplante de órgão e/ou medula
Gestante/parturiente/ puérpera	38. Fez/faz pré-natal (): 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado 39. UF: _____ 40. Município de realização do pré-natal: _____ 41. Unidade de realização do pré-natal: _____ 42. Evidência laboratorial do diagnóstico confirmatório da infecção pelo HTLV (): 1- Antes do pré-natal 2- Durante o pré-natal 3- Durante o parto 4- Pós-parto 43. UF: _____ 44. Município de realização do parto: _____ 45. Serviço de saúde (local) de realização do parto: _____ 46. Data do parto: ____/____/____ 47. Tipo de parto (): 1- Vaginal 2- Cesária eletiva 3- Cesária de urgência 4- Não se aplica 9- Ignorado 48. Evolução da gravidez (): 1- Nascido vivo 2- Natimorto 3- Aborto • <i>Estes campos só serão preenchidos se a mulher estiver gestante</i>

Criança exposta	49. N° da Declaração de Nascido Vivo: _____ 50. Aleitamento materno: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9-Ignorado () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno predominante () Aleitamento materno complementado () Aleitamento materno misto () Aleitamento de banco de leite () Aleitamento por outra pessoa () Aleitamento artificial 51. Tempo de aleitamento materno: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9-Ignorado () ≤ 3 meses () > 3 meses 52. Realizada coleta sanguínea para PCR (): 1- Sim 2- Não 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	53. Evidência laboratorial de infecção pelo HTLV*: 1- Reagente 2- Não Reagente 3-Inconclusivo 4- Não realizado 5- Indeterminado 6- HTLV não tipado 9- Ignorado 53.1 () Teste de Triagem 53.2 () Teste Confirmatório 54. Identificação do tipo do vírus (): 1- HTLV-1 2- HTLV-2 3- HTLV – 1 e 2 4- Indeterminado
Sintomatologia/Doenças/Infecções	55. Sintomatologia* (): 1- Assintomático 2- Sintomático 9- Ignorado 56. Doenças/infecções associadas: 1-Sim 2- Não 9-Ignorado () Linfoma/leucemia de Células T do Adulto () Mielopatia associada ao HTLV () Manifestações oculares. Qual (is):_____ () Manifestações urológicas. Qual (is):_____ () Manifestações articulares . Qual (is):_____ () Manifestações intestinais. Qual (is):_____ () Manifestações dermatológicas. Qual (is):_____ () Manifestações do sistema nervoso. Qual (is):_____ () Manifestações pulmonares. Qual (is):_____ () Manifestações reumatológicas. Qual (is):_____ () Presença de IST. Qual (is):_____ () Outros:_____
Evolução	57. Evolução do caso* (): 1 – Sem deficiência 2 – Com deficiência 3 - Óbito atribuível a morbidade associada ao HTLV 4- Óbito por outras causas 5 - Hospitalização atribuível a morbidade associada ao HTLV 6 - Hospitalização por outras causas 9 - Ignorado 58. Data do óbito: ____/____/____

Observações	59. _____ _____ _____ _____ _____
Notificante	60. Nome do notificante*: _____ 61. Função*: _____ 62. Assinatura: _____

***Campos obrigatórios**