

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
CENTRAL / CIEVS - CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SÃO PAULO

INSTRUTIVO PARA NOTIFICAÇÃO DE CASO HEPATITE AGUDA DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA

CASO SUSPEITO

- a. Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, com quadro de hepatite aguda*, com transaminase sérica >500 UI/L (AST ou ALT), diagnosticadas a partir de 20 de abril de 2022.
- b. Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, que evoluiu para hepatite fulminante** sem etiologia conhecida e necessidade de transplante de fígado a partir de 01 de outubro de 2021.

CASO PROVÁVEL

- c. Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, com quadro de hepatite aguda* (não hep A-E***) com transaminase sérica >500 UI/L (AST ou ALT), diagnosticadas a partir de 20 de abril de 2022.
- d. Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, com quadro de hepatite aguda* (não hep A-E***) que evoluiu para hepatite fulminante** sem etiologia conhecida e necessidade de transplante de fígado a partir de 01 de outubro de 2021.

CONTATO DE CASO PROVÁVEL

Uma pessoa com hepatite aguda* (não hep A-E***), de qualquer idade, que seja um contato próximo de um outro caso suspeito desde 20 de abril de 2022.

***Sinais e sintomas de hepatite aguda:** mialgia, náusea, vômito, letargia, fadiga, febre, dor abdominal, diarreia, icterícia. Em casos graves, insuficiência hepática aguda com encefalopatia.

**** Sinais e sintomas de hepatite fulminante:** insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial.

******* Ainda que o resultado da sorologia para **hepatite E** estiver em espera, mas outros critérios forem atendidos, deverão ser considerados como caso provável.

REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO

Link para registro de caso suspeito, provável e contato de caso provável de Hepatite aguda de etiologia desconhecida: <http://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/hepatites>

Campos para preenchimento:

- Estabelecimento de notificação -

- **Data Notificação:** data de notificação do caso de Hepatite aguda de etiologia desconhecida – *dd-mm-aaaa*
- **CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Serviço notificante
- **Nome do estabelecimento de saúde:** nome do estabelecimento notificante, em extenso
- **Endereço do estabelecimento de saúde (Logradouro, Número, Cep, Bairro):** endereço completo do estabelecimento de saúde notificante (nome da rua, número, bairro, CEP, município)

- Dados do paciente -

- **Nome do Paciente:** nome completo do paciente. *Campo obrigatório
- **Data de nascimento:** data de nascimento do paciente – *dd-mm-aaaa*. *Campo obrigatório
- **Sexo:** selecionar opção - masculino | feminino | não declarado
- **Raca_cor:** selecionar opção de raça/cor referida pelo paciente - branca | negra | amarela | indígena | ignorada (autodeclarada)
- **Nome da Mãe:** nome completo da mãe do paciente
- **Cep:** CEP da residência do paciente
- **UF:** selecionar UF de residência
- **Município:** município de residência do paciente
- **Endereço:** endereço de residência do paciente (rua, estrada, avenida etc.)
- **Número:** número da residência
- **Complemento:** número do apartamento, bloco etc.
- **Bairro:** bairro de residência do paciente
- **Telefone:** número de telefone para contato, com DDD

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- **Data do início dos sintomas gerais:** informar a data de início dos sintomas - *dd-mm-aaaa*
- **Data do início dos sintomas de hepatite:** informar a data de início dos sintomas sugestivos de hepatite – *dd-mm-aaaa*

- Sintomas - Informações Clínicas

Informar os sintomas referidos pelo paciente – selecionar opção não / sim.

- **Icterícia:** Não | Sim
- **Vômito:** Não | Sim
- **Colúria:** Não | Sim
- **Acolia:** Não | Sim
- **Febre:** Não | Sim
- **Diarreia:** Não | Sim
- **Mialgia:** Não | Sim
- **Letargia:** Não | Sim
- **Dor Abdominal:** Não | Sim
- **Náuseas:** Não | Sim
- **Fadiga:** Não | Sim
- **Encefalopatia hepática:** Não | Sim
- **Sintomas Respiratórios Recentes:** Não | Sim
- **Data de início dos Sintomas Respiratórios:** informar a data em que o paciente começou a apresentar os sintomas respiratórios – *dd-mm-aaaa*
- **Exantema rash:** Não | Sim
- **Outros sintomas:** Não | Sim – outros sintomas que paciente refere e/ou apresenta, que não tenham sido listados anteriormente
- **Quais outros sintomas:** informar outros sintomas que paciente refere e/ou apresenta

- Exames laboratoriais realizados- Informações Clínicas

Informar os exames laboratoriais realizados e respectivos resultados. Caso o paciente tenha realizado o mesmo exame laboratorial em mais de uma oportunidade, informar o resultado com maior alteração.

- Vacinação Covid - Informações Clínicas

- **Tomou Vacina contra Covid:** Não | Sim – informar se paciente tomou a vacina contra COVID-19
- **Data Primeira Dose:** caso tenha tomado a primeira dose, informar a data – *dd-mm-aaaa*
- **Fabricante da Vacina:** nome do fabricante da primeira dose da vacina
- **Data Segunda Dose:** caso tenha tomado a segunda dose, informar a data – *dd-mm-aaaa*
- **Fabricante da Vacina:** nome do fabricante da segunda dose da vacina
- **Data Terceira Dose:** caso tenha tomado a terceira dose, informar a data – *dd-mm-aaaa*
- **Fabricante da Vacina:** nome do fabricante da terceira dose da vacina

- **Realizou viagem nos últimos 3 meses?:** Não | Sim – informar se paciente realizou viagem fora do município de residência, nos três meses anteriores ao início dos sintomas
- **Data da Viagem:** data da viagem realizada – *dd-mm-aaaa*
- **Local de destino:** informar o destino da viagem realizada

- **Já teve Covid anteriormente:** Não | Sim – informar se paciente já teve COVID-19
- **Data aproximada da infecção (MM-AAAA):** em caso de infecção por COVID-19 anterior, informar qual o mês e ano aproximado da ocorrência – *mm-aaaa*
- **Algun familiar apresentou COVID-19 ou relato da infecção nos últimos 2 meses:** Não | Sim – informar se algum familiar do paciente apresentou COVID-19 ou se há relato de infecção nos últimos dois meses
- **Fez Exame PCR ou Antígeno na época:** Não | Sim – informar se paciente realizou teste de RT-PCR ou antígeno na época
- **Data do resultado:** caso tenha realizado teste de RT-PCR ou antígeno, informar a data – *dd-mm-aaaa*

- **Comorbidade:** Não | Sim – informar se paciente possui alguma comorbidade
- **Quais comorbidades:** descrever comorbidades que paciente possui
- **Teve contato com caso semelhante a esta notificação:** Não | Sim – informar se paciente teve contato com outras pessoas que apresentaram sinais e sintomas semelhantes
- **Faz uso crônico de remédios:** Não | Sim – informar se paciente faz uso crônico de medicamentos

▪ **Quais?** Caso o paciente faça uso crônico de algum medicamento, descrever quais são
Fez uso de alguma dessas medicações para o quadro atual: informar se o paciente fez uso dos medicamentos abaixo para o quadro atual apresentado

▪ **Paracetamol:** Não | Sim

▪ **Dipirona:** Não | Sim

▪ **Ibuprofeno:** Não | Sim

▪ **AINES:** Não | Sim

▪ **Outros:** Não | Sim

▪ **Paciente internado:** Não | Sim – informar se paciente está/esteve internado

▪ **Indicação de transplante:** Não | Sim – informar se há indicação de transplante hepático

▪ **Data da internação:** caso tenha ocorrido internação hospitalar, informar a data – *dd-mm-aaaa*

▪ **Data da alta:** caso o paciente tenha sido internado e tenha recebido alta hospitalar, informar a data – *dd-mm-aaaa*

▪ **Local da Internação:** informar em qual estabelecimento de saúde ocorreu a internação

▪ **Obs.:** descrever informações que sejam relevantes para investigação e avaliação do caso

- **Notificador** –

▪ **Nome do responsável pela notificação:** informar nome completo do profissional que realizou a notificação. *Campo obrigatório

▪ **Telefone para contato:** informar número de telefone com DDD, caso seja necessário entrar em contato com profissional para coleta de informações complementares ao caso. *Campo obrigatório

▪ **Evolução:** selecionar a evolução do caso – Cura | Em tratamento | Óbito por hepatite aguda | Óbito por outras causas

▪ **Data do Óbito:** caso o paciente tenha evoluído para óbito, informar a data da ocorrência – *dd-mm-aaaa*

▪ **Classificação final:** selecionar a classificação final do caso - Provável | Descartado | Suspeito

IMPORTANTE:

Após salvar o registro, aparecerá uma tela com código do registro. Anote este número, pois o código será utilizado para **consultar a notificação do paciente** ou caso seja necessário **realizar alguma edição / atualização na ficha**.

Os **quatro últimos números** do código serão **utilizados no GAL** para pesquisar quais foram os exames realizados.

Notificação de Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida

Definição de Caso Provável:

- a) Crianças/adolescentes, menores de 17 anos, com quadro de hepatite aguda* (não hepA-E**) caracterizada pelo aumento de transaminase sérica, aspartato aminotransferase (AST) e/ou alanina aminotransferase (ALT) > 500 UI/L (AST ou ALT) diagnosticadas a partir do dia 20 de abril de 2022.
- b) Crianças/adolescentes menores de 17 anos com quadro de hepatite aguda* (não hepA- E**) que evoluiu para hepatite fulminante** sem etiologia conhecida e necessidade de transplante de fígado no período de 01 de outubro de 2021 a 20 de abril de 2022.

Data Notificação: dd-mm-aaaa Data de notificação do caso CNES: Informar número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Nome do estabelecimento de saúde: Nome do estabelecimento de saúde – em extenso

Endereço do estabelecimento de saúde (Logradouro, Numero, Cep, Bairro): Endereço completo do estabelecimento de saúde – em extenso (ex.: Rua abcde, 0123. Bairro: xxx)

Nome do Paciente: Nome completo do paciente – em extenso. *Campo Obrigatório

Data de nascimento: dd-mm-aaaa Data de nascimento do paciente.
*Campo obrigatório

Sexo: Masculino | Feminino | Não declarado

Raca_cor:

Selecionar:
Branca |
Negra |
Amarela |
Indígena |
Ignorada

Nome da Mãe : Nome completo da mãe do paciente – em extenso

Cep: CEP da residência

UF

Selecionar
UF de
residência

Município: Município de residência do paciente

Endereço: Endereço de residência do paciente

Número: Nº da residência

Complemento: Número do apartamento, bloco etc.

Bairro: Bairro de residência

Telefone: Número de telefone para contato, com DDD

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Data do início dos sintomas gerais: **dd-mm-aaaa** Informar quando os sintomas iniciaram

Data do início dos sintomas de hepatite: **dd-mm-aaaa** Informar quando os sintomas sugestivos de hepatite iniciaram

Sintomas - Informações Clínicas → Seleccionar a opção para os campos abaixo

Icterícia Não Sim	Vômito Não Sim	Colúria Não Sim	Acolia Não Sim
Febre Não Sim	Diarreia Não Sim	Mialgia Não Sim	Letargia Não Sim
Dor Abdominal Não Sim	Náuseas Não Sim	Fadiga Não Sim	Encefalopatia hepática Não Sim
Sintomas Respiratórios Recentes Não Sim	Data de início dos Sintomas Respiratórios dd-mm-aaaa Informar a data em que o paciente começou a apresentar os sintomas respiratórios	Exantema rash Não Sim	
Outros sintomas Não Sim	Quais outros sintomas <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Informar outros sintomas que paciente refere e/ou apresenta</p> </div>		

Exames laboratoriais realizados- Informações Clínicas → Selecionar a opção para os campos abaixo e informar respectivo resultado	
TGO Não Sim	Resultado Informar resultado de TGO
TGP Não Sim	Resultado Informar resultado de TGP
Bilirrubina direta Não Sim	Resultado Informar resultado de Bilirrubina direta
Bilirrubina indireta Não Sim	Resultado Informar resultado de Bilirrubina indireta
INR Não Sim	Resultado Informar resultado de INR
Fosfatase Alcalina Não Sim	Resultado Informar resultado de Fosfatase Alcalina
Plaquetas Não Sim	Resultado Informar resultado de Plaquetas
GTT Não Sim	Resultado Informar resultado de GGT
GamaGlobulina Não Sim	Resultado Informar resultado de Gama Globulina
Outros exames Não Sim	<p>Resultados</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center; color: red;">Informar outros exames laboratoriais e respectivos resultados que o paciente tenha realizado e que sejam relevantes para avaliação do caso</p> </div>

****Caso o paciente tenha realizado o mesmo exame laboratorial em mais de uma ocasião, informar o resultado com maior alteração.**

Para os agravos abaixo, selecionar o resultado do respectivo exame realizado e data da coleta (dd/mm/aaaa).

	RT-PCR Swab	RT-PCR - Soro	RT-PCR - Plasma	RT-PCR - Fezes	Sorologia IgM	Sorologia IgG	Teste rápido antígeno	Data da coleta
SARS-CoV2	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	dd-mm-aaaa
Hepatites A	Detectável	Detectável	Detectável	Detectável	Reagente	Reagente	Reagente	<input type="text"/>
	Não Detectável	Não Detectável	Não Detectável	Não Detectável	Não Reagente	Não Reagente	Não Reagente	<input type="text"/>
Hepatites B	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	Indeterminado /Inconclusivo	<input type="text"/>
Hepatite C								<input type="text"/>
Dengue		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chikungunya		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zika		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Febre Amarela		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enterovírus		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citomegalovírus		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Epstein-Barr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adenovírus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Covid- Informações Clínicas

Tomou Vacina contra Covid **Não | Sim**

Data Primeira Dose **dd-mm-aaaa** Data em que tomou a primeira dose da vacina

Fabricante da Vacina Fabricante da primeira dose da vacina

Data Segunda Dose **dd-mm-aaaa** Data em que tomou a segunda dose da vacina

Fabricante da Vacina Fabricante da segunda dose da vacina

Data Terceira Dose **dd-mm-aaaa** Data em que tomou a terceira dose da vacina

Fabricante da Vacina Fabricante da terceira dose da vacina

Realizou viagem nos últimos 3 meses?: **Não | Sim** Informar se paciente realizou viagem fora do município de residência, no período de três meses anteriores ao início dos sintomas

Data da Viagem: **dd-mm-aaaa** Caso tenha realizado alguma viagem, informar a data

Local de destino
Informar o destino da viagem realizada

Já teve Covid anteriormente: **Não | Sim**

Data aproximada da infecção (MM-AAAA) **mm-aaaa** Data aproximada em que teve COVID-19

Algum familiar apresentou Covid-19 ou relato da infecção nos últimos 2 meses: **Não | Sim** Informar se algum familiar apresentou ou se há relato de COVID-19 nos últimos 2 meses

Fez Exame PCR ou Antígeno na época: **Não | Sim**

Data do resultado: **dd-mm-aaaa**

Comorbidade Não Sim	Quais comorbidades	Descrever comorbidades que paciente apresenta
Teve contato com caso semelhante a esta notificação Não Sim Informar se paciente teve contato com outras pessoas que apresentaram sinais e sintomas semelhantes		
Faz uso crônico de remédios Não Sim	Quais?	Caso o paciente faça uso crônico de medicamentos, listar quais são
Fez uso algum dessas medicações para o quadro atual Informar as medicações que o paciente utilizou para o quadro atual	Paracetamol	Não Sim
	Dipirona	Não Sim
	Ibuprofeno	Não Sim
	Aines	Não Sim
	Outros	Não Sim
Paciente internado: Não Sim	Informar se paciente encontra-se em internação hospitalar	Indicação de transplante: Não Sim Informar se há indicação de transplante hepático
Data da internação: dd-mm-aaaa	Data da alta: dd-mm-aaaa	Local da Internação: Informar em qual estabelecimento de saúde o paciente foi internado
Obs.:	Descrever informações que sejam relevantes para investigação e avaliação do caso	

Nome do responsável pela notificação:

Nome completo do profissional que realizou a notificação. *Campo Obrigatório

Telefone para contato:

Nº de telefone com DDD, caso seja necessário entrar em contato com profissional para coleta de informações complementares ao caso.

*Campo obrigatório

Evolução: **Cura** | **Em tratamento** | **Óbito por hepatite aguda** | **Óbito por outras causas**

Data do Óbito: **dd-mm-aaaa**

Classificação final: **Provável** | **Descartado** | **Suspeito**

*Sinais e sintomas de hepatite aguda: mialgia, náusea, vômito, letargia, fadiga, febre, dor abdominal, diarreia, icterícia. Em casos graves, insuficiência hepática aguda com encefalopatia. (6)

**Sinais e sintomas de hepatite fulminante: Insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial

Salvar Registro

8

Registro da Notificação

Sua notificação foi registrada com sucesso.

Guarde este código: **1652297731.9931**

Grato pela Notificação!!

• TaberCentral 3.0.01 © 2022 All Rights Reserved. • V³ •

→ Anote o código do registro!

O código será utilizado para **consultar a notificação do paciente** ou caso seja necessário **realizar alguma edição / atualização na ficha**.

Os **quatro últimos números** do código serão **utilizados no GAL** para pesquisar quais foram os exames realizados.