

## 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.

<b>Dados Gerais</b>	<p>1. Tipo de Notificação (Individual)</p> <p>2. Agravo/Infecção <b>HTLV</b></p> <p>3. Data da Notificação*: ___/___/___</p> <p>4. Nº da Notificação*:</p> <p>5. UF da notificação*:</p> <p>6. Município de Notificação*</p> <p>7. Unidade notificadora*:</p> <p>8. CNES da unidade:</p> <p>9. Data do Diagnóstico*: ___/___/</p>
<b>Dados Sociodemográficos</b>	<p>10. Nome do Paciente*:</p> <p>11. Data de Nascimento*: ___/___/</p> <p>12. Idade:</p> <p>13. Sexo biológico: ( ) 1-Masculino 2- Feminino 3- Intersexo 9- Ignorado</p> <p>14. Identidade de gênero ( ): 1. Homem 2. Mulher 3. Homem trans 4. Mulher trans 5. Não binário 6. Travesti 7. Outro: ___ 9. Ignorado</p> <p>15. Orientação sexual ( ): 1- Homossexual 2 – Heterossexual 3 – Bissexual 4 - Assexual 5 – Pansexual 6- Não se aplica 7. Outro: _____ 9-Ignorado</p> <p>16. Gestante* ( ) : 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 5-Não 6- Não se aplica 9 - Ignorado</p> <p>17. Raça/Cor* ( ): 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9-Ignorado</p> <p>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</p> <p>19. Número do Cartão do SUS: _____ 20. Nº CPF:</p> <p>21. Nome da Mãe*:</p> <p>22. UF de residência*:</p>

<b>Dados Sociodemográficos</b>	<p>23. Município de Residência*:</p> <p>24. Logradouro* (rua, avenida, travessa, sítio):</p> <p>25. Bairro*: _____</p> <p>28. CEP: _____ 29. Telefone ( )</p> <p>30. Zona ( ): 1- Urbana 2- Rural 9- Ignorado 31. País:</p> <p>32. Ocupação:</p> <p>33. Recebe algum benefício de programa de transferência de renda do governo ( ): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado</p> <p>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:</p> <p><i>*Usuário de drogas injetáveis</i></p>
<b>Provável modo de transmissão</b>	<p>35. Transmissão vertical* ( ): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado</p> <p>36. Transmissão sexual* ( ): 1- Sim 2- Não 9- Ignorado</p> <p>37. Transmissão sanguínea*: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ( ) Uso de drogas injetáveis ( ) Tratamento/hemotransusão de hemoderivados ( ) Transfusão sanguínea ( ) Exposição ocupacional a sangue e materiais biológicos por acidente com materiais perfurocortantes ( ) Transplante de órgão e/ou medula</p>
<b>Gestante/parturiente/ puérpera</b>	<p>38. Fez/faz pré-natal ( ): 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado</p> <p>39. UF: ____ 40. Município de realização do pré-natal:</p> <p>41. Unidade de realização do pré-natal:</p> <p>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</p> <p>43. UF: ____ 44. Município de realização do parto:</p> <p>45. Serviço de saúde (local) de realização do parto:</p> <p>46. Data do parto: ____/____/____</p> <p>47. Tipo de parto ( ): 1- Vaginal 2- Cesária eletiva 3- Cesária de urgência 4- Não se aplica 9- Ignorado</p> <p>48. Evolução da gravidez ( ): 1- Nascido vivo 2- Natimorto 3- Aborto</p> <p>• <i>Estes campos só serão preenchidos se a mulher estiver gestante</i></p>

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

<b>Observações</b>	59. <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Notificante</b>	60. Nome do notificante*: 61. Função*: 62. Assinatura:

**\*Campos obrigatórios**