

# Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH  
 Folha de Notificação (ver instruções no verso, s.f.f.)

N.º / SIDA \*  
 \* A preencher pelo CVEDT



Ministério da Saúde

## 1. tipo / Classificação

SIDA <input type="checkbox"/>	CDC*	A	B	C
CRS-LGP <input type="checkbox"/>	1			
PA <input type="checkbox"/>	2			
	3			

\* Se também disponível

## 2. datas

Ano provável de infecção \_\_\_\_\_  
 Notificação aa/mm/dd Diagnóstico aa/mm/dd  
 1.ºs Sintomas aa/mm/dd Falecimento aa/mm/dd

## 3. dados de codificação

Último apelido (3 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_  
 Primeiro nome próprio (2 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_  
 Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Data de nasc. aa/mm/dd Idade \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade \_\_\_\_\_

## 4. residência

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
 País de resid.ª no provável contágio \_\_\_\_\_  
 País de resid.ª nos 1.ºs sintomas \_\_\_\_\_

## 5. motivo

Motivo da consulta/internamento ou do teste \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 6. gravidez

Gravidez à data de diagnóstico? SIM  NÃO   
 Categoria de transmissão da mãe nos casos de mãe-para-filho  
 Toxicodependente IV  
 Heterossexual  
 Transfundida Data aa/mm/dd País \_\_\_\_\_  
 Outras/Indeterminada

## 7. Viagens/estadas no estrangeiro c/ possibilidades de contágio

País	Datas	Tipo de contágio
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
Serviço militar fora de Portugal		
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____
_____	<u>aa/mm/dd</u>	_____

## 8. categorias de transmissão

Bissexual  Heterossexual  
 Homossexual  Toxicodep. IV  
 Diálise renal  Hemofílico tratado c/ concentrados  
 Hemofílico tratado/crioprecipitados/plasma  
 Infecção nosocomial  
 Transfundido Data aa/mm/dd País \_\_\_\_\_  
 Transplantado Data aa/mm/dd  
 Trab. sexo  Transmissão mãe-para-filho  
 Outras categorias (especificar) \_\_\_\_\_

## 9. Características do parceiro no contacto heterossexual

Desconhecido  Hemofílico  
 HIV 1 positivo  HIV 2 positivo  
 Homem Bissexual  
 Originário/residente de país estrang. Qual? \_\_\_\_\_  
 Trab. sexo  Toxicodependente IV  
 Transfundido  Nenhum dos grupos mencionados

## 10. doenças indicadoras de SIDA

1. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_  
 2. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_  
 3. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_  
 4. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data aa/mm/dd Serviço \_\_\_\_\_

## 11. serologia VIH

	Data	Data 1.º teste VIH+
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1+VIH 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> WBlot 1	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> WBlot 2	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> Antigénio	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	
<input type="checkbox"/> Outros	<u>aa/mm/dd</u>	<u>aa/mm/dd</u>
Obs.	_____	

## 12. entidade que notifica

Nome \_\_\_\_\_  
 Serviço \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_

## 13. Outros Serviços que Contactam ou Contactaram com o doente

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data     /     /    

Assinatura \_\_\_\_\_

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH  
*Folha de Notificação*

**Instruções para o preenchimento**

■ Escrever legivelmente com letra de imprensa.

■ **Ponto 8 – *Categorias de Transmissão* –**

- pode ser assinalada mais do que uma categoria de transmissão;
- a opção ***Outras categorias*** refere-se a qualquer modo de transmissão não mencionado anteriormente como, por exemplo, corte, picada involuntária por agulha ou contactos com líquidos orgânicos.

■ **Ponto 10** – deve seguir-se a ***“Definição de Casos de SIDA para Fins de Vigilância Epidemiológica, Revisão de 1993”*** (Doc. 77 do C.V.E.D.T./Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Junho de 1994).

■ **Mais informações em [www.sida.pt](http://www.sida.pt)**

**Envio da Folha de Notificação**

■ Enviar a Folha de Notificação para:

**Instituto Nacional de Saúde  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
das Doenças Transmissíveis  
Av. Padre Cruz  
1649 – 016 LISBOA**

**Tel. 217 519 200  
Fax. 217 590 441**