

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA
INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 a 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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar a data do início da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Preencher com o nome da unidade federada e do município onde o paciente esteve nos últimos 120 dias (viagens para áreas infestadas com triatomídeos). **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Preencher com o código correspondente se o paciente notou a presença de vestígios de triatomídeos intradomiciliar no local provável de infecção durante pesquisa entomológica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
35. Data do encontro de vestígios de triatomíneos no intradomicílio.
36. Preencher com o código correspondente se o paciente apresenta história de uso de sangue ou hemoderivados nos últimos 120 dias. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Em caso afirmativo ao item 35, preencher com o código correspondente se há controle sorológico na unidade de hemoterapia onde o paciente fez uso de sangue ou hemoderivados nos últimos 120 dias. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 36=1.
38. Preencher com o código correspondente se o paciente manipulou material com *T. cruzi*. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Nos casos em que o paciente for recém-nascido, preencher com o código correspondente se a mãe apresenta infecção chagásica. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Preencher com o código correspondente a se houve possibilidade de ter ocorrido infecção decorrente de transmissão por via oral. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. 41 - Preencher com o código correspondente os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. No caso de não apresentar sinais e sintomas assinalar com o código 1 o quadro **assintomático**
42. Preencher a data da coleta do exame parasitológico direto (ex. a fresco, gota espessa, esfregaço, Strout, microhematócrito, QBC, etc)
43. Preencher com o código correspondente aos resultados de cada tipo de exame parasitológico direto realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Preencher a data da coleta do exame parasitológico indireto (xenodigánóstico, hemocultivo natural ou artificial). **CAMPO ESSENCIAL.**
45. Preencher com o código correspondente aos resultados de cada tipo de exame parasitológico indireto realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Preencher a data da coleta da primeira amostra de exame sorológico

47. Preencher a data da coleta da segunda amostra de exame sorológico
48. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método ELISA para IgM e IgG ns primeira e segunda amostra respectivamente. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método HEMOAGLUTINAÇÃO para IgM e IgG ns primeira e segunda amostra respectivamente. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA (IFI) para IgM e IgG ns primeira e segunda amostra respectivamente, anotando os valores de titulação correspondente a cada amostra. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Preencher a data da coleta do exame histopatológico de material de biópsia ou necropsia.
52. Preencher com o código correspondente aos resultados de exame histopatológico de material de biópsia ou necropsia.
53. Preencher com o código correspondente qual o tipo de tratamento realizado (específico = parasiticida; inespecífico = outro tratamento). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Preencher com código correspondente ao nome da droga utilizada para o tratamento
55. Preencher com o número de dias de duração do tratamento
56. Preencher com o código correspondente a quais foram as medidas de controle tomadas e especificar aquelas que não se encontram listadas no campo. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Caracterizar a classificação final do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 70 estiver preenchido.
58. Preencher com o código correspondente o critério de confirmação ou descarte utilizado para a classificação final do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Caracterizar a evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Caso tenha evoluído a óbito, preencher a data do óbito.
61. Preencher com o código correspondente ao provável modo/de infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**
62. Preencher com o código correspondente ao provável local de infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
63. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso confirmado.**
Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o Sinan preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.
64. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
65. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. Campo de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil ou no exterior, mas não é autóctone do município de residência.**
66. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
67. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**
68. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**
69. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência das condições/situação de trabalho. **CAMPO ESSENCIAL.**
70. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999 . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 57 estiver preenchido.

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.