

**DIFTERIA**  
**INSTRUÇÕES 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 às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
33. Informar o local em que o paciente teve contato com caso semelhante nos últimos 14 dias, anterior ao início dos sinais e sintomas. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Informar o nome completo do contato.
35. Informar o endereço completo e telefone do contato.
36. Informar o número de doses da vacina tríplice bacteriana (DPT) ou Tetravalente (DPT+ Hib) ou Dupla (DT ou dT) que o paciente recebeu. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Informar a data da última dose da vacina tríplice bacteriana (DTP) ou Tetravalente (DPT+ Hib) ou Dupla (DT ou dT) que o paciente recebeu. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente ) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
39. Informar a temperatura corporal apresentada pelo paciente durante a fase inicial da doença, em graus centígrados.
40. Informar a localização da pseudomembrana (placas) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 38 (Pseudomembrana)= 1.
41. Informar quais as complicações apresentadas pelo paciente.
42. Informar se ocorreu hospitalização do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 42= 1.
44. Informar o código da unidade federada onde o paciente foi internado. (ex. MG)
45. Informar o nome completo do município onde o paciente foi internado.
46. Informar o nome completo do Hospital onde o paciente foi internado.
47. Informar se foi realizada a coleta de material da orofaringe e/ou nasofaringe e/ou lesão de pele. **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Informar a data em que foi colhido o material para cultura. **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informar o resultado da cultura para Difteria. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Informar o resultado das provas de toxigenicidade. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informar a data da aplicação do soro. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Informar se o paciente fez uso de antibiótico.
53. Informar a data de início da administração do antibiótico.
54. Informar se foi realizada a identificação dos comunicantes íntimos.
55. Informar quantos comunicantes íntimos foram identificados. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 54=1.
56. Informar quantos casos secundários foram confirmados entre os comunicantes. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 54=1.
57. Informar se foi realizada a coleta de material dos comunicantes ) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
58. Informar o número de comunicantes dos quais foi coletado material. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 57=1
59. Informar o número de portadores identificados entre os comunicantes. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 57=1
60. Informar que medida de prevenção e controle foi adotada. **CAMPO ESSENCIAL.**
61. Informar a classificação final do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o 66 estiver preenchido.
62. Informar o critério de confirmação ou descarte do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
63. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto) ) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
64. Informar a evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
65. Informar a data do óbito. **CAMPO ESSENCIAL.**
66. Informar a data do encerramento da investigação do caso ex: 30/10/1999. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 61 estiver preenchido.

Informações complementares e 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.