

ESQUISTOSSOMOSE
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 frequentando ou frequentou 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 da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a 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). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Informar a data em que foi realizado o exame de fezes que confirmou o diagnóstico para esquistossomose mansônica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar se o exame de fezes foi realizado pelo método quantitativo, ex: Kato-Katz ou outro, e anotar o número de ovos encontrado na lâmina. (0 – 0 (Zero), 1 – (Um) ou mais ovos). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informar se o exame de fezes foi realizado pelo método qualitativo, ex: de sedimentação ou outro e anotar o resultado: positivo, negativo ou não realizado. (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Informar se foram realizados outros tipos de exames. (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Especificar se foi utilizado outro método de diagnóstico diferente do exame de fezes, por exemplo: anátomo-patologia, biópsia dentre outros. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informar se o paciente fez tratamento pela medicação específica utilizada pelo Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) (1= Sim – Praziquantel, 2= Sim, Oxaminiquine, 3= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
39. Informar a data de realização do tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO,** quando o campo 38=1 ou 2.
40. Caso o paciente não tenha realizado o tratamento, informar o motivo. (1= Contra Indicação, 2= Recusa, 3= Ausente ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Informar se foi efetuada a verificação de cura, que consiste na realização de três exames de fezes em dias alternados após 4 meses da administração da medicação específica. (0 – 0 (zero), 1 – 1 (um) ou mais ovos, 2= não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Informar a data do resultado da 3ª amostra. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 41=0 ou 1.

43. Informar a classificação da forma clínica (1= Intestinal, 2= Hepato Intestinal, 3= Hepato Esplênica, 4= Aguda ou 5= Outra). **CAMPO ESSENCIAL.**
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.**
49. 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.**
50. Informar o nome da propriedade/localidade, se área rural, ex. Fazenda Dois Irmãos, Sítio Novo, etc. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informar o nome da coleção hídrica identificada como local provável de infecção, ex; Lagoa do Mato, Fazenda Dois Irmãos no Município de Matatu. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelo contato com água ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias) (1=sim, 2=não ou 9= ignorado) **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Informar a evolução do caso. Em caso de óbito, preencher este campo com o nº correspondente à ocorrência. (1= Cura, 2= Não Cura, 3= Óbito por esquistossomose, 4= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Se óbito, preencher com a data da ocorrência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO,** quando o campo 53= 3 ou 4.
55. Preencher com a data do encerramento da investigação do caso ex: 30/10/1999. **CAMPO ESSENCIAL.**

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.

OBSERVAÇÃO:

- Preencher a Ficha de Investigação de Caso, somente em áreas não endêmicas para esquistossomose de acordo com a Portaria Nº 05 de 21 de fevereiro de 2006.