

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO
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 CHAVE.**

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 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).
32. Informar o tipo de exposição (contato) ao vírus rábico. Assinalar em cada tipo de exposição se houve a ocorrência ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
33. Identificar a localização da exposição (do ferimento ou da área de contato). Assinalar para cada local disponível se ocorreu à exposição ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar sobre o ferimento. Selecionar a opção pertinente quanto à quantidade.
35. tipo de ferimento (1= único, 2= múltiplo, 3= sem ferimento ou 9= ignorado). Selecionar a opção pertinente.
36. Anotar a data em que ocorreu a exposição. Ex: 09/12/2000.
37. Assinalar se houve tratamento anteriormente. Selecionar a opção pertinente. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informar o período do tratamento anterior. Assinalar a opção pertinente.
39. Informar o número total de doses de vacina anti-rábica recebidas no tratamento anterior.
40. Espécie (espécie de animal agressor). Selecionar a opção pertinente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
41. Condição do animal para fins de conduta de tratamento no momento da agressão ou outro tipo de exposição. Selecionar a opção pertinente.
42. Informar se o animal é passível de observação.
43. Informar o tipo de tratamento atualmente indicado. Selecionar a opção pertinente.
44. Informar o nome do laboratório produtor da vacina utilizada. Selecionar a opção pertinente. Em caso de “outro”, especificar o laboratório.
45. Anotar o número do lote da vacina utilizada (item: vacina 1). Sendo utilizado mais de um lote, anotar o número do outro lote no item “vacina 2”
46. Anotar a data do vencimento do lote da vacina utilizada.
47. Anotar o dia e o mês da aplicação de cada dose, da vacina utilizada.
48. Informar a condição final do animal após observação. Selecionar a opção pertinente.
49. Informar se houve interrupção do tratamento indicado. Selecionar a opção pertinente.

50. Informar o motivo da interrupção do tratamento indicado. Selecionar a opção pertinente. Considerar como abandono, sempre que o paciente interromper o tratamento sem indicação e orientação da Unidade de Saúde que prescreveu o tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 49= 1. Se preenchido 1 ou 3, pular para campo 52.
51. Informar se a unidade de saúde procurou o paciente que abandonou o tratamento indicado, objetivando a continuidade do mesmo. Selecionar a opção pertinente.
52. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa á vacina utilizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Informar se foi indicado à aplicação de soro anti-rábico. Assinalar a opção pertinente.
54. Anotar o peso do paciente em kilogramas, se o soro anti-rábico foi indicado.
55. Anotar a quantidade de soro aplicada em (ml) e assinalar a opção pertinente ao tipo de soro anti-rábico humano aplicado.
56. Informar se houve infiltração de soro anti-rábico no local ou locais dos ferimentos. Selecionar a opção pertinente.
57. Informar o nome do laboratório produtor do soro anti-rábico utilizado. Selecionar a opção pertinente. Em caso de “outro”, especificar o laboratório.
58. Anotar o número da partida ou do lote do soro anti-rábico utilizado.
59. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa ao soro utilizado. campo essencial
60. Informar a data do encerramento do caso. campo essencial

Observações: anotar a data e os resultados de laboratório, se tiverem sido enviadas peças para análises laboratoriais e outras informações que julgarem pertinentes.

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.

