

**DOENÇAS EXANTEMÁTICAS**  
**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.** (data necessária para o cálculo do indicador investigação adequada)
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, após verificar documentação/caderneta, se o paciente já foi vacinado contra o sarampo (com a vacina dupla ou triviral). ex. 1 – sim. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar a data da última dose da vacina contra o sarampo e rubéola (dupla ou triviral), que o paciente tomou. ex: 20/10/1992.
35. Informar o local do contato com caso suspeito ou confirmado de sarampo ou rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas), conforme tabela. ex: 1 - domicílio. **CAMPO ESSENCIAL**
36. Informar o nome do contato. ex. joca saramandaia.
37. Informar o endereço, rua, avenida, apto, bairro, localidade e ponto de referência, para localização do contato.
38. Informar a data em que o exantema apareceu no paciente. ex: 12/09/1999. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** (data necessária para o cálculo do indicador de coleta oportuna de amostra para exames laboratoriais e indicador de investigação adequada)
39. Informar a data do início da febre no paciente. ex: 10/09/1999. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** (data necessária para o cálculo do indicador investigação adequada)
40. Informar quais os sinais e sintomas que ocorreram no paciente conforme tabela, 1-sim, 2-não, 9- ignorado. ex: 1 (sim) tosse. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Informar se o paciente foi hospitalizado (1=sim, 2= não ou 3= ignorado).
42. Informar a data de internação do paciente, caso tenha ocorrido. ex: 02/10/1999.
43. Informe a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex.: GO)
44. Informar o nome (completo) do município em que o paciente foi hospitalizado (internado). ex: Goiânia.
45. Informar o nome (completo) do hospital onde o paciente foi internado. ex: hospital são José

46. Informar a data da coleta da 1ª amostra sorológica do paciente. ex: data da 1ª amostra - 30/09/1999 **CAMPO ESSENCIAL.** (data necessária para o cálculo do indicador de coleta oportuna de amostra para exames laboratoriais e indicador de investigação adequada)
47. Informar a data da coleta da 2ª amostra sorológica do paciente. ex: data da 2ª amostra - 30/09/1999. **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Informar a especificação do resultado de acordo com o laudo laboratorial e o método utilizado. ex: sarampo - IgM reagente na primeira amostra S1. **CAMPO ESSENCIAL**
49. Informar qual o tipo de material colhido para detecção viral. ex: 1 – sim (sangue total) **CAMPO ESSENCIAL**
50. Informar o resultado da etiologia viral. ex: 1 – vírus sarampo selvagem. **CAMPO ESSENCIAL** quando o campo 49= 1.
51. Informar se o bloqueio vacinal, foi realizado. ex: 1 – sim **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Informar, em caso afirmativo, a quantidade de suscetíveis vacinados.
53. Especifique, se o item 51 for sim, dentro de quantas horas o bloqueio vacinal, foi realizado conforme tabela. ex: em até 72 horas.
54. Informar a classificação final do caso. ex: 1-sarampo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 65 estiver preenchido.
55. Informar qual o critério utilizado para confirmar ou descartar o caso, conforme tabela. ex: 1 laboratório. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Informar qual a classificação final do caso descartado ex. 1-dengue. **CAMPO ESSENCIAL** quando o campo 54= 3.
57. Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado. 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.
58. 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.**
59. 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.**
60. 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.**
61. 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.**
62. 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.**  
Informações complementares e observações adicionais: informar as observações necessárias para complementar à investigação do caso. Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas).
63. Anotar a evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
64. Caso a evolução seja óbito, anotar a data do óbito. **CAMPO ESSENCIAL.**
65. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999 . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 54 estiver preenchido.

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.