

**HANSENÍASE**  
**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 o número do prontuário.
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).
33. Registre o nº de lesões de pele com alteração de sensibilidade existentes no paciente por ocasião do diagnóstico.
34. Anotar o número correspondente na casela a Forma Clínica encontrada por ocasião do Diagnóstico, 1- I = Indeterminada 2- T = Tuberculóide, 3- D= Dimorfa, 4- V=Virchowiana, 5- Não Classificados.
35. Anotar na casela o nº correspondente da classificação operacional do caso para fins de tratamento, atribuída por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes. Número correspondente a classificação bacilar do paciente: 1- Paucibacilar ; 2- Multibacilar. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
36. Registrar o número de nervos afetados (espessados), examinados por ocasião do diagnóstico.
37. Anotar na casela o nº correspondente ao grau de incapacidade física resultante da avaliação por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar na casela o número correspondente ao modo de entrada do caso de hanseníase no registro ativo: **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**  
1 – CASO NOVO – Indivíduo que apresenta uma ou mais das seguintes características, requerendo terapia e virgem de tratamento:

Lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade.

Acometimento de nervo(s) com espessamento neural.

Baciloscopia positiva

2 – TRANSFERÊNCIA DO MESMO MUNICÍPIO – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde do mesmo município.

3 – TRANSFERÊNCIA DE OUTRO MUNICÍPIO (mesma UF) – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outro município da mesma unidade federada.

4 – TRANSFERÊNCIA DE OUTRO ESTADO - Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outra unidade federada.

5 – TRANSFERÊNCIA DE OUTRO PAÍS - Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outro país.

6 – RECIDIVA – Indivíduo que apresenta sinais de atividade clínica da doença após alta por cura.

7 – OUTROS REINGRESSOS – Situações em que o paciente recebeu algum tipo de alta e retorna requerendo tratamento específico, exceto recidiva. Ex: caso que recebeu alta estatística (saída administrativa) em anos anteriores e reapareceram com a doença em atividade; casos considerados equivocadamente como falecidos; casos multibacilares tratados erroneamente como paucibacilares, que receberam alta por cura no passado e se representam doentes à unidade de saúde.

9- IGNORADO

39. Anotar na casela o número correspondente ao modo de detecção do caso novo. **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando MODO DE ENTRADA for CASO NOVO:

1 – ENCAMINHAMENTO – Casos encaminhados por outra unidade, instituições de saúde, consultório médico, agente de saúde, colaboradores voluntários, etc. para confirmação clínica do diagnóstico e/ou início de tratamento.

2 – DEMANDA ESPONTÂNEA - Caso novo que se apresentou voluntariamente à unidade de saúde devido à sinais e/ou sintomas de hanseníase.

3 – EXAME DE COLETIVIDADE – Caso novo diagnosticado a partir de exame clínico realizado para detecção de casos de hanseníase em pessoas pertencentes a grupos organizados ou não da comunidade como escolas, fábricas, recrutas militares, empresas, campanhas, etc.

4 – EXAME DE CONTATOS – Caso novo diagnosticados a partir de exame clínico dos contatos intradomiciliares de caso de hanseníase (vigilância de contatos).

5 – OUTROS MODOS – Caso novo diagnosticado em outras situações, por exemplo, achado casual em consulta médica por outros motivos, exame para fins de atestado, exame admissional, checkup, etc.

9- IGNORADO – Caso novo com a entrada ignorada.

40. Anotar na casela número correspondente ao resultado da BACILOSCOPIA ou a sua não realização por ocasião do diagnóstico, 1- POSITIVA, 2-NEGATIVA, 3-NAO REALIZADA, 9-IGNORADO.

41. Registrar o dia, mês e ano do INÍCIO DE TRATAMENTO específico (esquema terapêutico inicial). **CAMPO OBRIGATÓRIO**, quando esquema terapêutico inicial estiver preenchido.

42. Anotar na casela correspondente o número correspondente ao esquema terapêutico inicial instituído por ocasião do diagnóstico. **CAMPO ESSENCIAL**.

43. Registrar o nº de pessoas que residem com o paciente por ocasião do diagnóstico (ou residiram nos últimos 5 anos).

Observações adicionais: 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.