

**HANTAVIROSE**  
**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 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 Geocampol (ex. Se o município esteja usando o Geocampol 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 Geocampol2.
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 as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Assinalar no campo correspondente a(s) **Atividade(s)** de Risco desenvolvidas pelo paciente nas últimas 8 semanas anteriores ao início dos sintomas. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Preencher com a data em que o paciente foi atendido. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Preencher com o nome da instituição, município e UF. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Assinalar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, especificando os que forem necessários. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Assinalar se colheu Amostra de Sangue para exames clínicos/Bioquímicos. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Assinalar o resultado A. (1= Sim, 2= Não, 3= Não realizado ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Assinalar o Resultado B (leucócitos) (1= Normais, 2= Aumentados COM desvio à esquerda, 3= diminuídos (Leucopenia), 4= Aumentados SEM desvio à esquerda, 5= Não realizado ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Assinalar se foi realizado Radiografia do Tórax (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Assinalar o resultado da radiografia (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Informar a data da coleta para exame sorológico (IgM)
43. Assinalar o resultado da sorologia (1= Reagente, 2= Não Reagente, 3= Inconclusivo ou 4= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Assinalar o resultado da Imunohistoquímica (1= Reagente, 2= Não Reagente, 3= Inconclusivo ou 4= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  45. Informar a data do início da coleta de RT-PCR. **CAMPO ESSENCIAL.**
  46. Assinalar o resultado da RT-PCR (1= Reagente, 2= Não Reagente, 3= Inconclusivo ou 4= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  47. Assinalar se o paciente foi hospitalizado. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  48. Preencher a data da internação. **CAMPO ESSENCIAL.**
  49. Preencher a UF do município do hospital em que o paciente foi internado. **CAMPO ESSENCIAL.**
  50. Preencher com o **nome do município e código** do hospital em que o paciente foi internado.
  51. Preencher com o **nome do hospital** em que o paciente foi internado.
  52. Assinalar se o paciente recebeu suporte terapêutico (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  53. Assinalar a Classificação final do caso. (1= Confirmado ou 2= Descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 69 estiver preenchido.
  54. Assinalar a forma clínica da doença (1= Prodômica ou inespecífica ou Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 53= 1.
  55. Assinalar o critério de diagnóstico. (1= Laboratorial ou 2= Clínico Epidemiológico) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 53 estiver preenchido.
- Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
56. 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.
57. 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.**
  58. 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.**
  59. 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.**
  60. 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.**
  61. 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
  62. Assinalar a zona do Local Provável de Infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**
  63. Assinalar o tipo de ambiente do Local Provável de Infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**
  64. Informar a localização do LPI em relação à Sede do Município.
  65. Assinalar a evolução do caso. (1= Cura, 2= Óbito por hantavirose, 3= Óbito por outra causa ou 9= Ignorado).
  66. Preencher com a data de alta ou de óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 65= 2
  67. Assinalar se foi realizada autópsia. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  68. Assinalar se é doença é relacionada ao trabalho. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
  69. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999 . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 53 estiver preenchido.

Campo Observações: preencher com outras informações em que não haja campos disponíveis e que sejam importantes para o desenvolvimento e encerramento da investigação, como por exemplo, informar os demais serviços e as datas no caso de paciente ter sido atendido em mais de um local.

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.