

HEPATITES VIRAIS
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.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado ou aposentado. 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 de qual tipo de hepatite o paciente é suspeito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar se o paciente tem vacinação contra hepatite A e/ou hepatite B com esquema completo, incompleto ou não vacinado. Necessária comprovação no cartão de vacinação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
35. Informar se paciente é institucionalizado e em que tipo de instituição. Havendo mais de um tipo de instituição considerar o de maior tempo de permanência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
36. Informar a presença de outros agravos já diagnosticados no paciente em qualquer momento da vida. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Informar se houve contato com paciente portador de HBV ou HBC. Em caso afirmativo assinalar o tipo de contato segundo as opções: sexual, domiciliar (não sexual) ou ocupacional. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
38. Informar se o paciente foi submetido ou exposto a algumas das situações descritas. Inclui-se no item Medicamentos Injetáveis quando o paciente usa ou tenha utilizado medicamentos injetáveis receitado

por profissional ou não como energéticos (ex. gluconergan), anabolizantes, anfetaminas, etc. Inclui-se no ítem Drogas Inaláveis: cocaína inalável. Inclui-se no ítem Drogas Injetáveis: silicone industrial, cocaína injetável, etc. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

39. Se houve acidente com material biológico ou transfusão ou transplante, informar a data de ocorrência. **Caso só saiba, com exatidão, o ano de exposição, preencher com 01 de janeiro do ano referido. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
40. Informar o Local/ Município de exposição. Atentar para a observação, caso seja suspeita de hepatite A anotar a UF, município, local /nome e telefone da instituição referenciada no campo 35. Caso seja suspeita de hepatite B/C, anotar a UF, município, local /nome e telefone do local onde paciente faz hemodiálise, recebeu transfusão de sangue/hemoderivados ou recebeu transplante.
41. Informar os dados dos comunicantes: nome, idade, tipo de contato, resultado da sorologia HBsAg (hepatite B), resultado da sorologia Anti-HBc(hepatite B), resultado da sorologia Anti-HCV (hepatite C), indicação da vacina contra hepatite B e indicação de Imunoglobulina humana anti-hepatite B. Este campo orienta as medidas de controle a serem adotadas, portanto, é de preenchimento somente em papel, não sendo digitado no sistema de informação.
42. Informar de onde o paciente foi encaminhado de banco de sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar a data da coleta da amostra realizada em banco de sangue ou CTA. **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Informar o resultado da sorologia do banco de sangue ou CTA. **CAMPO ESSENCIAL.**
45. Informar a data da coleta da sorologia realizada na ocasião da investigação. **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Informar os resultados sorológicos/ virológicos para cada exame. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
47. Informar o resultado do exame de genotipagem do vírus da Hepatite C. Preenchimento somente para os casos confirmados de hepatite C.
48. Informar a classificação final do caso:
 1. Confirmação Laboratorial: caso suspeito de hepatites virais que apresentou resultado sorológico ou virológico positivo ou reagente para hepatite viral.
 2. Confirmação clínico-epidemiológica: aplica-se APENAS PARA CASOS SUSPEITOS DE HEPATITE A que possuam vínculo epidemiológico com caso confirmado de hepatite A por testes laboratoriais específicos (sorologia Anti-HAV IgM reagente).
 3. Descartado: Caso notificado como hepatite viral que não cumpre os critérios de caso suspeito ou Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença ou Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo (desde que amostras sejam coletadas e transportadas oportuna e adequadamente).
 4. Cicatriz Sorológica: Indivíduos com marcadores sorológicos de infecção passada, porém curados no momento da investigação. Hepatite A: Anti-HAV IgG reagente, Hepatite B: Anti-HBc reagente e Anti-HBs reagente, Hepatite C: Anti-HCV reagente e HCV-RNA não detectável e Hepatite D: Anti-HBc reagente, Anti-HBs reagente e Anti-delta reagente.
 8. Inconclusivo: casos que atendem aos critérios de suspeito, dos quais não foram coletadas e/ou transportadas amostras oportunas ou adequadas, ou não foi possível a realização dos testes para os marcadores sorológicos específicos. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 52 estiver preenchido.
49. Informar a forma clínica segundo as opções de 1 a 4:
 - 1- Hepatite Aguda: Casos suspeito de hepatite A que apresente Anti-HAV IgM positivo; Caso suspeito de hepatite B que apresente HBsAg positivo, Anti-HBc (total) positivo e Anti-HBc IgM positivo; Caso de Hepatite C que tenha sido comprovada soroconversão recente (menos de 6 meses) de Anti-HCV negativo para Anti-HCV positivo (ex. Acidente Perfuro cortante com material biológico contaminado, Doador regular de sangue com soroconversão recente, Pacientes de Hemodiálise com soroconversão recente, etc. Hepatite D: HBsAg positivo, Anti-HBc positivo, Anti-HBc IgM positivo e Anti-delta reagente.
 - 2- Hepatite Crônica/Portador Assintomático usar APENAS PARA HEPATITE B, C ou D. Hepatite B: HBsAg positivo e Anti-HBc (total) positivo e Anti-HBc IgM negativo; Hepatite C: Anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável/positivo; Hepatite D: HBsAg positivo, Anti-HBc positivo, Anti-HBc IgM negativo e Anti-delta reagente.

- 3- Hepatite Fulminante: todos os quadros de encefalopatias hepáticas que surgem dentro das primeiras oito semanas desde o início da icterícia.
- 4- Inconclusivo: preencher somente para casos nos quais não se conseguiu concluir nenhuma das formas clínicas citadas nos itens anteriores. Preenchido automaticamente nos casos com classificação final 4- Cicatriz Sorológica. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Informar a classificação etiológica de acordo com o campo 46. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informar a provável fonte/ mecanismo da infecção. **CAMPO ESSENCIAL**
A opção 10-Pessoa/Pessoa e a 11-Alimento/água contaminada aplica-se somente para casos de hepatite A confirmado. Esse campo não deverá ser preenchido se o campo 48-Classificação final for Descartado ou Inconclusivo (pular para campo 52).
52. Informar a data de encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 48 estiver preenchido.

Informações complementares e observações adicionais.

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.