

**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.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET 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 DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3- Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 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 DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 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- Em casos suspeitos de **hepatite A** anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas no paciente. Caso não exista sintomatologia, preencher com a data da coleta da sorologia positiva, ou caso não tenha sido coletada sorologia preencher com a mesma data da notificação. Em casos suspeitos de **hepatite B, C ou D**, independente da presença ou não de sintomas, preencher com a data da coleta da sorologia positiva, ou caso não tenha sido coletada sorologia preencher com a mesma data 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.
- 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 **no momento da notificação.** **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
- 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).
- 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.
- 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).
- 17- Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 18- Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19- Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

- 20- Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente.
- 21- Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22- Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual.
- 23- Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 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 (ex: perto da padaria do João)
- 27- Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente.
- 28- Anotar o DDD e telefone do paciente. Caso o paciente não tenha telefone próprio anotar o telefone de um contato fácil ou próximo.
- 29- Anotar a Zona de residência do paciente, se notificação individual. (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).
- 30- Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
- 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. **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 receitados por profissional ou não como energéticos (ex. gluconergan), anabolizantes, anfetaminas, etc. Inclui-se no item Drogas Inaláveis: cocaína inalável. Inclui-se no item 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.**
- 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/teste rápido realizada na ocasião da investigação. **CAMPO ESSENCIAL**
- 46- Informar os resultados sorológicos/virológicos/teste rápido para cada exame. **CAMPO ESSENCIAL.**
- 47- Informar o resultado do exame de genotipagem do vírus da Hepatite C. Preenchimento somente para os casos confirmados de hepatite C. **CAMPO ESSENCIAL**
- 48- Informar a classificação final do caso: **CAMPO ESSENCIAL**
- 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.
- 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
- 50- Informar a classificação etiológica de acordo com o campo 46.
- 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 ESSENCIAL**

### **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.

Registrar no campo observação “HBV-DNA\_SIM”, quando caso confirmado apenas com testes moleculares HBV-DNA.

Registrar no campo observação “HDV-RNA\_SIM”, quando caso confirmado apenas com testes moleculares HDV-RNA.

Registrar no campo observação “HEV-RNA\_SIM”, quando caso confirmado apenas com testes moleculares HEV-RNA.

Registrar no campo observação “OBITO\_A” ou “OBITO\_B” ou “OBITO\_C” ou “OBITO\_D” ou “OBITO\_E”, quando caso confirmado apenas por critério óbito.