

MENINGITE
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. 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 dados sobre história vacinal do paciente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
 Informar se o paciente tem história de vacinação polissacarídica contra os meningococos A e C.
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da última dose de vacinação contra os meningococos A e C.
 Informar se o paciente tem história de vacinação contra os meningococos B e C.
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da última dose da vacinação contra os meningococos B e C.
 Informar se o paciente tem história de vacinação conjugada contra meningococo C.
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da última dose de vacinação contra meningococo C.
 Informar se o paciente tem história de vacinação com BCG.
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da vacinação BCG.
 Informar se o paciente tem história de vacinação de Tríplice Viral.
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da última dose da vacinação Tríplice Viral.
 Informar se o paciente tem história de vacinação contra Hemófilo (Tetravalente ou Hib).
 Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
 Informar a data da última dose contra hemófilo.

- Informar se o paciente tem história de vacinação contra pneumococo.
Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.
Informar a data da última dose da vacinação contra pneumococo.
Informar se o paciente tem história de utilização de outra vacina.
Informar a data da última dose da vacinação.
34. Assinalar a doença pré-existente. Atentar para doença que já existia e que possa ter colaborado com o atual quadro clínico do paciente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
 35. Assinalar o local onde o paciente teve contato com pessoa apresentando quadro clínico semelhante, nos 15 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas. Caso haja história de contato não descrita em outro campo, o campo 7 deve ser assinalado **OBRIGATORIAMENTE**. O campo 9=IGNORADO deve ser assinalado quando não houver informação. **CAMPO ESSENCIAL**.
 36. Escrever o nome completo do(s) contato(s).
 37. Assinalar o número do telefone do(s) contato(s).
 38. Assinalar o endereço completo do(s) contato(s).
 39. Informar se este paciente é um caso secundário (o paciente foi contato íntimo de um caso e apresentou início dos sintomas até 15 dias após o referido contato). Colocar o N.º da ficha e o nome do caso índice no campo 36) **CAMPO ESSENCIAL**.
 40. Informar quais os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
 41. Informar se o paciente foi hospitalizado (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.
 42. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido. **CAMPO ESSENCIAL**.
 43. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado.
 44. Assinalar o nome completo do município do hospital onde o paciente foi internado.
 45. Assinalar o nome completo do hospital onde o paciente foi internado.
 46. Informar se foi realizada a punção lombar no paciente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.
 47. Assinalar a data da realização da punção lombar. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 46= 1
 48. Informar o aspecto do líquido recolhido na punção.
 49. Informar os resultados laboratoriais.
 50. Informar se o caso foi confirmado ou descartado, após a investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 60 estiver preenchido.
 51. Especificar o diagnóstico etiológico para os casos confirmados. Se a opção for 05 (Meningite por outras bactérias), 07 (Meningite Asséptica) ou 08 (Meningite de outra etiologia), preencher com o resultado etiológico obtido pelo exame laboratorial. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.
 52. Informar o critério de confirmação; existe crítica conforme a etiologia colocada no campo 52. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando preenchido com categoria 5, 7 ou 8
 53. Nos casos de diagnóstico de Meningococemia, Meningite Meningocócica e Meningite Meningocócica com Meningococemia informar o sorogrupo da *Neisseria meningitidis* quando o critério de confirmação for cultura, látex ou CIE.
 54. Assinalar o número de comunicantes (contatos íntimos) do paciente nos casos confirmados de Meningococemia, Meningite Meningocócica e Meningite Meningocócica com Meningococemia ou nos casos de Meningite por Hemófilo. **CAMPO ESSENCIAL**.
 55. Informar se foi realizada a quimioprofilaxia nestes comunicantes, conforme a suspeita clínica e segundo a norma da SVS/Ministério Saúde (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 51= 1, 2, 3 ou 9.
 56. Informar a data em que foi realizada a quimioprofilaxia dos comunicantes. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
 57. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).
 58. Assinalar a evolução do paciente/caso notificado. **CAMPO ESSENCIAL**.
 59. Informar a data da alta ou do óbito conforme a evolução do paciente. **CAMPO ESSENCIAL**.
 60. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 50 estiver preenchido.

Informações complementares e observações: serão registrados os valores referentes aos exames laboratoriais, porém eles não serão digitados no sistema.

Observações Adicionais: informar as observações necessárias para complementar à 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.