

RAIVA HUMANA
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 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. 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.
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).
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).
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 ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **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 ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
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.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
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, se notificação de surto (perto da padaria do João)
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.
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
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).
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. 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. Informar o(s) tipo(s) de exposição ao vírus da raiva. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar a(s) localização(ões) da exposição ao vírus da raiva. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
35. Informar se o ferimento é único, múltiplo ou se não houve ferimento. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Informar o tipo de ferimento. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Informar com a data da exposição ao vírus da raiva (data da agressão pelo animal) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
38. Informar se o paciente tem história de tratamento anti-rábico. **CAMPO ESSENCIAL**
39. Informar o número de doses aplicadas.
40. Em caso afirmativo no campo 39, informar com a data da última dose. **CAMPO ESSENCIAL**
41. Informar a espécie do animal agressor. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
42. Informar se o animal é vacinado. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar se o paciente foi hospitalizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO.**
44. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido.
45. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex. MG).
46. Informar o nome completo do município do hospital onde o paciente foi internado. .
47. Informar o nome completo do hospital onde o paciente foi internado.
48. Informar os principais sinais e sintomas apresentado pelo paciente. **CAMPO ESSENCIAL**
49. Informar se o paciente foi submetido a tratamento anti-rábico atualmente (aplicação de vacina anti-rábica). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
50. Informar com a data do início do tratamento. **CAMPO ESSENCIAL**
51. Informar o número de doses aplicadas no tratamento. **CAMPO ESSENCIAL**
52. Informar com a data da primeira dose aplicada no tratamento. **CAMPO ESSENCIAL**
53. Informar com a data da última dose aplicada no tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Informar se foi administrado soro no tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Em caso afirmativo no campo 54, informar com a data da aplicação do soro. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
56. Informar a quantidade do soro aplicado (em ml).
57. Informar se houve infiltração de soro no (s) local (ais) do (s) ferimento (s).
58. Informar a técnica de exame laboratorial utilizada na confirmação do diagnóstico. **CAMPO ESSENCIAL**

59. Informar se houve identificação de variante viral **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 58 for = 1
60. Informar a classificação final do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 71 estiver preenchido.
61. Especificar o critério de confirmação do diagnóstico utilizado. **CAMPO ESSENCIAL**
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
62. 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.
63. 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.**
64. 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.**
65. 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.**
66. 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.
67. 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. **CAMPO ESSENCIAL**
68. Informar a zona do local provável da fonte de infecção **CAMPO ESSENCIAL**
69. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho. **CAMPO ESSENCIAL**
70. Em caso de óbito, informe a data de ocorrência do mesmo. **CAMPO ESSENCIAL**
71. Informar a data do encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 60 estiver preenchido.

Observações: 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.