

TUBERCULOSE

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO – Sinan NET 5.0

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.

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID-10ª) 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 da 1ª a 12ª semana, 2= 2º Trimestre da 13ª a 26ª semana, 3= 3º Trimestre a partir da 27ª semana de gestação, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado). Pacientes classificados como do sexo masculino, o sistema marcará automaticamente a opção 5= Não. Caso a idade seja menor que 7 anos, o sistema preencherá automaticamente a opção 6 = Não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-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 frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação: 0= Sem escolaridade; 1= 1ª a 4ª série incompleta; 2= 4ª série completa; 3 = 5ª a 8ª série incompleta; 4= 8ª série completa; 5= Ensino médio incompleto (antigo 2º grau incompleto); 6= Ensino médio completo (antigo 2º grau completo); 7= Superior incompleto; 8= Superior completo; 9= Ignorado; 10= Não se aplica (essa categoria deve ser utilizada em pacientes com idade inferior a 7 anos). **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. **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o CEP - 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 o DDD e o 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, 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Preencher com o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde onde se realiza o tratamento.
32. Preencher com o código correspondente ao tipo de entrada do paciente na unidade de saúde. O “caso novo” é todo paciente que nunca se submeteu ao tratamento de tuberculose, ou o fez por até 30 dias. Os retratamentos podem acontecer por: “recidiva” após cura e “reingresso após abandono”, quando ocorre interrupção de um tratamento por mais de 30 dias. O “não sabe” deve ser preenchido apenas quando esgotadas as possibilidades de investigação das entradas anteriores do paciente. A “transferência” refere-se ao paciente encaminhado de outro serviço para seguimento do tratamento. Os casos com entrada “pós-óbito” são aqueles que nunca foram notificados no Sinan e foram identificados e notificados após investigação epidemiológica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
33. Preencher com o código correspondente, se o paciente encontra-se em condição de vulnerabilidade, no momento da notificação do caso. Informar se População privada de liberdade, População vivendo em situação de rua, Profissional de saúde, Imigrante. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Preencher com o código correspondente, se beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal, estadual ou municipal (não aplicável à cesta básica, vale transporte ou outro benefício de tratamento). Considerar se o paciente está incluído no benefício recebido pela família, mesmo que não seja o titular para o recebimento. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Preencher com o código correspondente segundo a forma clínica da tuberculose (1= pulmonar exclusiva, 2= extrapulmonar exclusiva, 3= pulmonar + extrapulmonar) por ocasião da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
36. Preencher com o código correspondente à localização extrapulmonar da tuberculose nos casos em que o paciente apresente a forma clínica igual a 2 ou 3. O item OUTRA se refere às formas extrapulmonares que não estão listadas na ficha. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 35 seja igual a 2 ou 3.
37. Preencher com o código correspondente da(s) doença(s) e/ou agravo(s) presente(s) no momento da notificação do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico. Usa-se o “Não se aplica” para os casos cujo campo 35 igual a 2 (Extrapulmonar). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39. Preencher com o código correspondente o resultado da radiografia de tórax (o código 3 diz respeito a outras alterações que não são compatíveis com a tuberculose) por ocasião da notificação. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Preencher com o código correspondente o resultado do teste para vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Preencher com o código correspondente para a realização de Terapia Antirretroviral para HIV/Aids durante o tratamento para a tuberculose. **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Preencher com o código correspondente o resultado do exame histopatológico para diagnóstico de TB (biópsia). **CAMPO ESSENCIAL.**

43. Preencher com o código correspondente ao resultado da cultura (qualquer material) para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico ou acompanhamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

44. Preencher com o código correspondente ao resultado do teste molecular rápido (TMR-TB) realizado para *M. tuberculosis* em amostra para diagnóstico. **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Preencher com o código correspondente ao resultado do teste de sensibilidade do paciente para conhecimento oportuno do padrão de resistência às drogas de 1ª linha. **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Preencher com a data de início do tratamento atual. **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Informar o número total de contatos identificados do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável pela ficha de notificação/investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável pela ficha de notificação/investigação.

Informar o nome completo do responsável pela ficha de notificação/investigação. Ex: MARIO JOSE DA SILVA

Informar a função do responsável pela ficha de notificação/investigação. Ex: ENFERMEIRO

Registrar a assinatura do responsável pela ficha de notificação/investigação.