

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO MPOX

DICIONÁRIO DE DADOS OPEN DATASUS

Nome do campo	Campo interno	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características	Nome do campo na base de dados
UF de Residência	no_uf_residencia	varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE (tabela municipi.dbf)	Sigla da Unidade Federada de residência do paciente por ocasião da notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.		<p>Campo de preenchimento obrigatório se residente no Brasil.</p> <p>Campo de preenchimento obrigatório se o campo “Pessoa em situação de rua?” ou “Pessoa privada de liberdade” for igual a Não ou Ignorado</p> <p>Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa.</p>	SG_UF
UF da Notificação	no_uf_notificacao	Varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	Sigla da Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do usuário logado.	Campo obrigatório.	SG_UF_NOT

				na tabela.			
Código IBGE	co_municipio_notificacao	Varchar2(6)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	Código do município onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. O nome está associado ao código	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do usuário logado.	Campo obrigatório.	ID_MUNICIP
Data da notificação	dt_notificacao	Date		Formato DD/MM/AAAA	A data da notificação deve ser maior que 01/01/2022 e menor que a data atual do sistema.	Campo de preenchimento obrigatório.	DT_NOTIFIC
Código IBGE	co_municipio_residencia	Varchar2(7)	Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.		Campo de preenchimento obrigatório se residente no Brasil. Campo de preenchimento obrigatório se o campo "Pessoa em situação de rua?" ou "Pessoa privada de liberdade" for igual a Não ou Ignorado Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa.	ID_MN_RESI
Idade	nu_idade	Númérico(4)	1. Hora 2. Dia 3. Mês	Idade informada pela pessoa quando não se sabe a data de	A idade é calculada automaticamente pelo sistema entre	Campo de preenchimento obrigatório , caso a data de nascimento não esteja	NU_IDADE_N

			4. Ano Ex: 3009 – nove meses, 4018 – dezoito anos	nascimento	Data de nascimento e Data de início dos sintomas.	Preenchida. Preenchido automaticamente se Data de nascimento for preenchida	
Sexo ao nascimento	tp_sexo	Numérico(1)	1. Masculino 2. Feminino 3. Intersexo 9. Ignorado	Informar o sexo da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório.	CS_SEXO
Comportamento sexual	comp__sexual	Numérico(1)	1. Relações sexuais com homens 2. Relações sexuais com mulheres 3. Relações sexuais com homens e mulheres 9. Ignorado	Informar qual o histórico de comportamento sexual da pessoa em atendimento	Campo desabilitado quando campo “Idade” for ≤ a 14 anos. Campo preenchido com a categoria “Não se aplica”, se campo “Idade” for ≤ a 14 anos.	Campo de preenchimento obrigatório	COMP_SEXUAL
Orientação sexual	tp_orienta_sexual	Numérico(1)	1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual 4. Outra 7. Não se aplica 9. Ignorado	Informar a orientação sexual da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório.	ORIENTA_SEXUAL
Identidade de gênero	tp_ident_genero	Numérico(1)	1. Mulher cisgênero 2. Homens cisgênero 3. Mulher transgênero 4. Homens transgênero 5. Travesti 6. Não binário 7. Não se aplica 9. Ignorado	Informar a identidade de gênero da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório.	IDENT_GENERO

Raça/cor	tp_raca_cor	Numérico(1)	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 9. Ignorado	Informar a raça/cor declarada pela pessoa em atendimento	Se campo preenchido com a categoria “Indígena”, habilitar os campos: “Se indígena, qual Etnia?” e “Se indígena, vive aldeado?”.	Campo de preenchimento obrigatório.	CS_RACA
Data de início dos	dt_diagnostico_sintoma	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo desabilitado quando campo “Sintomas” for igual a “Assintomático”. A data de início de sintomas deve ser menor ou igual a Data da Notificação.	Campo de preenchimento obrigatório	DT_SIN_PRI
Sinais e sintomas	st_sintoma	varchar2(15)	Tabela	É possível selecionar mais de uma categoria	Desabilitar campo quando “Doença/agravo notificado for igual a Tuberculose A16.9, Hanseníase A30.9	Campo de preenchimento obrigatório.	SINTOMA
O paciente está com alguma IST ativa?	pac_ist_ativa	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento está com alguma IST ativa		Campo de preenchimento obrigatório	IST_ATIVA
O paciente é imunossuprimido?	pac_imunodeprimido	Numérico(1)	1. Sim - devido alguma doença 2. Sim - devido a medicação 3. Sim - causa desconhecida 4. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento é imunodeprimida		Campo de preenchimento obrigatório	PAC_IMUNOSSUP

Qual (ais) IST(S)?: Gonorreia	ist_gonorreia	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	GONORREIA
Qual (ais) IST(S)?: Clamídea	ist_clamidea	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	CLAMIDEA

Qual (ais) IST(S)?: Sifilis	ist_sifilis	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sifilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	SIFILIS
Qual (ais) IST(S)?: Herpes genital	ist_herpes_genital	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sifilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	HERPES_GENITAL

08/05/2025.

08/05/2025.

Qual (ais) IST(S)?: HPV	ist_hpv	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	HPV
Qual (ais) IST(S)?: Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	ist_dip	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	DIP

Qual (ais) IST(S)?: Verruga genital	ist_verruga_genital	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomonas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	VERRUGA_GENITAL
Tipo de amostra	tp_coleta_amostra_swab_ves	Numérico(1)	1. Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudato, de mais de uma erupção) 2. Crosta da erupção cutânea 3. Swab orofaríngeo 4. Soro 5. Sêmen 6. Urina 7. Swab retal 8. Swab genital 9. Outro	Informar qual o tipo de amostra laboratorial coletada	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório	TP_AMOST
Gestante	tp_gestante	Numérico(1)	Gestante 1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Idade gestacional ignorada 5. Não		Quando o campo "Sexo" for igual a "Masculino" ou "Idade" ≤ a 10 anos, o campo é preenchido automaticamente	Campo de preenchimento obrigatório quando o campo "Sexo" for igual a "Feminino"	CS_GESTANT

Se paciente HIV positivo, contagem das células CD4	contagem_hiv_cd4	Numérico(5)			Campo habilitado quando campo "O paciente é HIV Positivo?" for igual a "Sim"		CONTAG_CD4
Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?	st_vacina	Numérico(1)	1. Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual 2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual 3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual 4. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)		Campo de preenchimento obrigatório	VACINA
Data da vacina	dt_vacina	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?" for igual a "Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual", "Sim, pré-exposição profilática para o evento atual" ou "Sim, pós-exposição profilática para o evento atual".		DATA_VACINA
							OUTRO_DES

Tratamento Monkeypox	tp_trat_tecovitimat	Numérico(1)	1. Tecovirimat 2. Brincidofovir 3. Cidofovir 4. Não informado 5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido 6. Não, sem tratamento antiviral 7. Outro(s)	Informar qual o tratamento para monkeypox foi utilizado pela pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório	TRATAMENTO_MONKEYPOX
Ocorreu Hospitalização?	st_hospitalizacao	Numérico(1)	1. Sim, devido às necessidades clínicas 2. Sim, para propósitos de isolamento 3. Não 4. Sim, motivo não especificado 9. Ignorado	Informar se ocorreu hospitalização		Campo de preenchimento obrigatório	HOSPITAL
Data da internação	dt_internacao	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido às necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido às necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	DT_INTERNA
Evolução do caso	tp_evolucao_caso	Numérico(1)	1. Óbito por Monkeypox 2. Cura 3. Óbito por outra causa 4. Em tratamento 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento evoluiu a Cura, óbito por Monkeypox, ou óbito por outra causa.			EVOLUÇÃO
Data de evolução	dt_evolucao	Date	Formato DD/MM/AAAA			Campo de preenchimento obrigatório se Evolução do caso for igual a "Óbito por Monkeypox", Óbito por	DT_EVOLUÇÃO

						outra causa” ou “Cura”.	
O caso tem vínculo epidemiológico com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	vinc_epidemia	Número(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento tem vínculo epidemiológico com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox.		Campo de preenchimento obrigatório	VINCULO_EPI

A doença em investigação tem relação com o trabalho?	st_doenca_trabalho	varchar2(1)	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar se a doença em investigação tem relação com o trabalho da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório	DOENCA_TRA
Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox	expo_local_contat	Númérico(1)	1. Domicílio 2. Vizinhança 3. Trabalho 4. Creche/Escola 5. Posto de Saúde/Hospital 6. Evento social sem contato sexual 7. Evento social com contato sexual 8. Outro 9. Ignorado	Variável de múltipla escolha. Informar onde foi que a pessoa em atendimento teve contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox		Campo de preenchimento obrigatório	LOCAL_CONT
Forma provável de transmissão	transm_prova_animal	Númérico(1)	1. Do animal para o homem 2. Transmissão via uso de drogas intravenosas e transfusão 3. Associado ao cuidado de saúde 4. Transmissão vertical (mãe - filho) 5. Transmissão em laboratório, devido a exposição profissional 6. Transmissão sexual 7. Contato com material contaminado (ex: roupas, lençóis e objetos) 8. Desconhecida 9. Outra	Informar a provável forma de transmissão do agravo em investigação		Campo de preenchimento obrigatório	TRANSM

Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato	animal_contato	Numérico	1. Pets: cão, gato 2. Pets roedores 3. Animal silvestre (excluindo roedor silvestre) 4. Roedor silvestre 5. Outro	Informar qual o tipo de animal que a pessoa em atendimento teve contato	Campo habilitado quando campo "Forma provável de transmissão" for igual a "Do animal para o homem".	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Forma provável de transmissão" foi igual a "Do animal para o homem"	CONTAT_ANIMAL
---	----------------	----------	---	---	---	--	---------------

