

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET – VERSÃO 5.0

AGRAVO: HEPATITES VIRAIS

Nome do campo	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<p>Nº de notificação e campos de 1 a 30 dos blocos “Dados Gerais”, “Notificação Individual” e “ Dados de residência ” correspondem aos mesmos campos da ficha de notificação (ver dicionário de dados da ficha de notificação).</p> <p>Além desses campos, constam também no dicionário de dados da notificação os seguintes campos internos: Semana de notificação e semana dos primeiros sintomas, chave fonética (1º e último nomes do paciente) e o nome do paciente criptografado por meio de método SOUNDEX, regional de saúde de notificação e de residência.</p>					
Data de investigação	DATE		Data em que ocorreu o início da investigação do caso – informar a Data da 1ª visita ao paciente	Campo obrigatório Data da investigação >= Data da notificação	DT_INVEST

Ocupação	VARCHAR2(6)		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 as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).		ID_OCUPA_N
Suspeita de	VARCHAR2(1)	1- Hepatite A 2- Hepatite B/C 3- Não especificada	Informar de qual tipo de hepatite viral o paciente é suspeito.	Campo obrigatório	HEPATITE_N
Tomou vacina para Hepatite A	VARCHAR2(1)	1-Completa 2-Incompleta 3-Não vacinado 9-Ignorado	Informar se o paciente tem vacinação contra hepatite A com esquema completo, incompleto ou não vacinado comprovado no cartão de vacinação.	Campo obrigatório	HEPATITA
Tomou vacina para Hepatite B	VARCHAR2(1)	1-Completa 2-Incompleta 3-Não vacinado 9-Ignorado	Informar se o paciente tem vacinação contra hepatite B com esquema completo, incompleto ou não vacinado comprovado no cartão de vacinação.	Campo obrigatório	HEPATITB

Institucionalizado em	VARCHAR2(1)	1. Creche 2. Escola 3. Asilo 4. Empresa 5. Penitenciária 6. Hospital/ Clínica 7. Outras 8. Não institucionalizado 9. Ignorado	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 obrigatório	INSTITUCIO
Agravos associados: HIV/AIDS	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar a presença de outros agravos já diagnosticados no paciente em qualquer momento da vida.	Campo obrigatório	HIV
Agravos associados: Outras DSTs	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar a presença de outros agravos já diagnosticados no paciente em qualquer momento da vida.	Campo obrigatório	OUTRA_DST
Contato com paciente portador de VHB ou VHC: sexual	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9. Ignorado	Informar se paciente teve contato sexual com paciente com diagnóstico laboratorial específico de portador de VHB ou VHC e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	SEXUAL

Contato com paciente portador de VHB ou VHC: domiciliar (não sexual)	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se paciente teve contato domiciliar não sexual com paciente com diagnóstico laboratorial específico de portador de VHB ou VHC e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	DOMICILI
Contato com paciente portador de VHB ou VHC: ocupacional	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se paciente teve exposição ocupacional com paciente com diagnóstico laboratorial específico de portador de VHB ou VHC e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	OCUPACIO
O paciente foi submetido ou exposto à: Medicamentos injetáveis	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9. Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro). Inclui-se no item <u>Medicamentos Injetáveis</u> quando o paciente usa ou tenha utilizado medicamentos injetáveis receitado por profissional ou não como energéticos (ex. gluconergan), anabolizantes, anfetaminas, etc.	Campo obrigatório	MEDICAMENT

O paciente foi submetido ou exposto à: Tatuagem/ Piercing	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	TATU_PIER
O paciente foi submetido ou exposto à: Acidente com Material Biológico	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2. Sim, há mais de seis meses 3. Não 9. Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório Se opção 1 ou 2, informar a data no campo Data do Acidente ou Transfusão ou Transplante	MATBIOLOGI
O paciente foi submetido ou exposto à: Drogas Inaláveis ou Crack.	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9. Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro). Inclui-se no item <u>Drogas Inaláveis</u> : cocaína inalável.	Campo obrigatório	INAL_CRACK
O paciente foi submetido ou exposto à: Acupuntura	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2. Sim, há mais de seis meses. 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	ACUPUNTURA
O paciente foi submetido ou exposto à: Transfusão de sangue/derivados	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2. Sim, há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório Se opção 1 ou 2, informar a data no campo Data do Acidente ou Transfusão ou Transplante	TRANSFUSAO

O paciente foi submetido ou exposto à: drogas injetáveis	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2- Sim, há mais de seis meses 3- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro). Inclui-se no item <u>Drogas Injetáveis</u> : silicone industrial, cocaína injetável, etc.	Campo obrigatório	INJETAVEIS
O paciente foi submetido ou exposto à: Tratamento cirúrgico	VARCHAR2(1)	1-Sim, há menos de 6 meses 2-Sim, há mais de seis meses 3-Não 9-Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	CIRURGICO
O paciente foi submetido ou exposto à: Água/ Alimento contaminado	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	AGUA_ALIME
O paciente foi submetido ou exposto à: Tratamento dentário	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2. Sim, há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	DENTARIO
O paciente foi submetido ou exposto à: Três ou mais parceiros sexuais	VARCHAR2(1)	1. Sim, há menos de 6 meses 2. Sim, há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	TRESMAIS
O paciente foi submetido ou exposto à: Hemodiálise	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	HEMODIALIS

O paciente foi submetido ou exposto à: Transplante	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se a situação de risco e há quanto tempo (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório Se opção 1 ou 2, informar a data no campo Data do Acidente ou Transfusão ou Transplante	TRANSPLA
O paciente foi submetido ou exposto à: Outras	VARCHAR2(1)	1. Sim há menos de 6 meses 2. Sim há mais de seis meses 3. Não 9- Ignorado	Informar se o paciente submeteu-se outras situações de risco diferentes das existentes no campo, há quanto tempo. Se sim, especificar a situação. (considerar a data da investigação como parâmetro)	Campo obrigatório	OUTRAS
Data do Acidente ou Transfusão ou Transplante	DATE		Informar data do acidente com material biológico ou data da transfusão de sangue/derivados ou data do transplante.	Campo obrigatório se acidente com material biológico for igual a "1" ou "2" ou transfusão de sangue ou hemoderivados = "1" ou "2" ou transplante igual a "1" ou "2". Data deve ser <= a data de investigação	DT_ACIDENT

Local / Município da exposição: UF 1	VARCHAR2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	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.		CO_UF_EXP
Local / Município da exposição: Município 1	VARCHAR2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipi.dbf)	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.		CO_MUN_EXP

Local / Município da exposição: UF 2	VARCHAR2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	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.		CO_UF_EX2
Local / Município da exposição: Município 2	VARCHAR2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipi.dbf)	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.		CO_MUN_EX2

Local / Município da exposição: UF 3	VARCHAR2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	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.		CO_UF_EX3
Local / Município da exposição: Município 3	VARCHAR2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipi.dbf)	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.		CO_MUN_EX3

Paciente encaminhado de:	VARCHAR2(1)	1-Banco de Sangue 2-Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) 3-Não se aplica	Informar se o paciente foi encaminhado à Unidade Notificadora pelo Serviço de Banco de Sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento.	CAMPO ESSENCIAL Se Não se Aplica (3) passar para o campo 46 dos Resultados Sorológicos/Virológicos	BANCOSANGU
Data da coleta da amostra realizada em Banco de Sangue ou CTA	DATE		Informar a dia, mês e ano da coleta da amostra para sorologia realizada no Banco de Sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento	CAMPO ESSENCIAL Data da coleta <= a data da investigação	DT_COLETA
Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA: HBsAg	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não reagente 3. Inconclusivo 4. Não realizado 9. Ignorado	Informar resultado da sorologia (marcador HBsAg) realizada no Banco de Sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento	CAMPO ESSENCIAL	RES_HBSAG
Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA:: Anti-HBc total	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não reagente 3. Inconclusivo 4. Não realizado 9. Ignorado	Informar resultado da sorologia (marcador Anti-HBc total) realizada no Banco de Sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento	CAMPO ESSENCIAL	RE_ANTIHBc
Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA : Anti-HCV	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não reagente 3. Inconclusivo 4. Não realizado 9. Ignorado	Informar resultado da sorologia (marcador Anti-HCV) realizada no Banco de Sangue ou Centro de Testagem e Aconselhamento	CAMPO ESSENCIAL	RE_ANTIHCv
Data da coleta da sorologia	DATE		Informar o dia, mês e ano da coleta da amostra para sorologia realizada na ocasião da investigação.	CAMPO ESSENCIAL	COLETAMARC

Resultados sorológicos/virológicos: Anti-HAV IgM	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado 	Informar resultado da sorologia para marcador Anti -HAV IgM	<p>CAMPO ESSENCIAL</p> <p>Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Virológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final</p>	ANTHAVIGM
Resultados sorológicos / Virológicos: Anti-HBs	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado 	Informar resultado da sorologia para marcador Anti -HBs	<p>CAMPO ESSENCIAL</p> <p>Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Virológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final</p>	ANTIHBS
Resultados sorológicos / Virológicos: Anti-HDV IgM	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reagente 2. Não reagente 3. Inconclusivo 4. Não realizado 	Informar resultado da sorologia para marcador Anti -HDV IgM	<p>CAMPO ESSENCIAL</p> <p>Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Virológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final</p>	ANTIHDVIGM
Resultados sorológicos / Virológicos: HBsAg	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado 	Informar resultado da sorologia para marcador HBsAg	<p>CAMPO ESSENCIAL</p> <p>Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Virológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final</p>	AGHBS
Resultados sorológicos / Virológicos: HBeAg	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado 	Informar resultado da sorologia para marcador HBeAg	<p>CAMPO ESSENCIAL</p> <p>Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Virológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final</p>	AGHBE

Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HEV-IgM	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti - HEV IgM	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final	ANTIHEVIGM
Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HBc IgM	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti - HBc IgM	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final	ANTIHBIGM
Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HBe	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti - HBe	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final	ANTIHB
Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HCV	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti - HCV	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final Quando categoria = 1, habilitar o campo 47 - Genótipo para VHC	ANTIHC

Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HBc total	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti - HBc (total)	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final	HBC_TOTAL
Resultados sorológicos / Viroológicos: Anti-HDV total	VARCHAR2(1)	1. Reagente/Positivo 2. Não reagente/Negativo 3. Inconclusivo 4. Não realizado	Informar resultado da sorologia para marcador Anti r HDV total	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final	ANTIHDV
Marcadores sorológicos / Viroológicos: HCV -RNA	VARCHAR2(1)	1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar resultado de exame de biologia molecular HCV –RNA	CAMPO ESSENCIAL Se todos os campos Marcadores Sorológicos/Viroológicos forem = 4, pular para campo Classificação Final Quando categoria = 1, habilitar o campo Genótipo para VHC	TP_SOROHCV
Genótipo para VHC	VARCHAR2(1)	1. Genótipo 1 2. Genótipo 2 3. Genótipo 3 4. Genótipo 4 5. Genótipo 5 6. Genótipo 6 7. Não se aplica 9. Ignorado	Informar o genótipo do VHC	Se Anti-HCV <> 1 e Anti-HCV-RNA <> 1, preencher automaticamente com 7 – Não se Aplica.	GEN_VHC

Provável Fonte/ Mecanismo de infecção	VARCHAR2(2)	1. Sexual 2. Transfusional 3. Uso de Drogas 4. Vertical 5. Acidente de Trabalho 6. Hemodiálise 7. Domiciliar 8. Tratamento cirúrgico 9. Tratamento dentário 10. Pessoa/pessoa 11. Alimento/água contaminada 12. Outros 99. Ignorado	Informar a provável fonte de infecção ou mecanismo de infecção	CAMPO ESSENCIAL	FONTE
Provavel Fonte / Mecanismo de Infecção - Outros	Varcahar(30)		Descrição de outro mecanismo de Infecção		DSFONTE
Data do encerramento	DATE		Informar dia, mês e ano da data do encerramento do caso.	Data de encerramento deve ser maior ou igual à Data de Investigação	DT_ENCERRA
Transferência vertical da investigação	Varchar(7)		Identifica o Lote da transferência da investigação de um nível do sistema para outro (transferência vertical)	Preenchida pelo sistema quando realizada transferência vertical da investigação	
Classificação final Ajustada	VARCHAR2(1)	1. Confirmação laboratorial 2. Confirmação clínico- epidemiológica 3. Descartado 4. Cicatriz sorológica 8. Inconclusivo	diagnóstico fechado (de acordo com o algoritmo do DATHI)		CLASSI_FIN_AJ
Forma Clínica Ajustada	VARCHAR2(1)	1. Hepatite Aguda 2. Hepatite Crônica/Portador Assintomático 3. Hepatite Fulminante 4. Inconclusivo	forma clínica da hepatite (de acordo com o algoritmo do DATHI)		FORMA_AJ
Virus A	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não	Etiologia pelo Virus A (de acordo com o algoritmo do DATHI)		VIRUS_A

Virus B	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não	Etiologia pelo Virus B (de acordo com o algoritmo do DATHI)		VIRUS_B
Virus C	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não	Etiologia pelo Virus C (de acordo com o algoritmo do DATHI)		VIRUS_C
Virus D	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não	Etiologia pelo Virus D (de acordo com o algoritmo do DATHI)		VIRUS_D
Virus E	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não	Etiologia pelo Virus E (de acordo com o algoritmo do DATHI)		VIRUS_E