

**MALÁRIA**  
**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 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).
33. Informar a atividade exercida pelo paciente nos últimos 15 dias. (1= Agricultura, 2= Pecuária, 3= Doméstica, 4= Turismo, 5= Garimpagem, 6= Exploração vegetal, 7= Caça/pesca, 8= const. estrad. barragens 9= Mineração, 10= Viajante, 11= Outros 12= Motorista ou 99= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
34. Preencher com o código relativo ao tipo de lâmina coletada. 1-Busca Passiva (BP) - quando o paciente procurar a unidade de saúde notificante para coleta da lâmina; 2- Busca Ativa (BA), quando o agente de saúde visitar o paciente para coleta da lâmina; 3- Lâmina de Verificação de Cura (LVC), lâmina coletada através de BA ou BP, para verificar se houve a cura radical do paciente, conforme Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
35. Informar se o paciente estava ou não com sintomas de malária quando foi coletada a amostra de sangue para exame. 1-com sintomas; 2-sem sintomas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**  
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
36. Preencher com a data do exame parasitológico para malária. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
37. Preencher com o código correspondente o resultado do exame parasitológico para malária. 1- Negativo; 2-F (*P. falciparum*); 3-F+FG (*P. falciparum*+gametócitos de *P. falciparum*); 4-V (*P. vivax*); 5-F+V (*P. falciparum*+*P. vivax*); 6-V+FG (*P. vivax*+ gametócitos de *P. falciparum*); 7-FG (gametócitos de *P. falciparum*); 8-M (*P. malariae*); 9-F+M (*P. falciparum* +*P. malariae*); 10-O (*P. ovale*). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
38. Transcrever o resultado (em mm<sup>3</sup>) do exame parasitológico para malária.
39. Preencher com o código correspondente à quantidade de “cruzes” detectadas no exame parasitológico para malária. 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); 4- ++ (duas cruze); 5- +++ (três cruze); 6- ++++ (quatro cruze). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se resultado do exame for positivo.

40. Preencher com o código correspondente ao esquema de medicação utilizado no tratamento do paciente, de acordo com o Manual de Terapêutica da Malária. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 37 for diferente de 1.
41. Informar a data do início do tratamento. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 37 for diferente de 1 e se o campo 40 estiver preenchido.
42. Informar a classificação final do caso. (1= Confirmado, 2= Descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se campo 50 (data do encerramento) estiver preenchida  
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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. **CAMPO ESSENCIAL**.
48. 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**.
49. Anotar o nome da localidade onde o paciente, provavelmente, tenha se infectado.
50. Informar a data do encerramento da investigação do caso. Ex: 30/10/1999. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se o campo 42 estiver preenchido.

Observações Adicionais: 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.