N٥

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO FSQUISTOSSOMOSE

Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO ESQUISTOSSOMOSE

CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à

biópsia.	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual
	Agravo/doença ESQUISTOSSOMOSE Código (CID10) 3 Data da Notificação B 65.9
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignora
	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 à 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) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe
	Cádigo (IRCE)
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1
Dados	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Dados Complementares do Caso	
Ant. Epid.	31 Data da Investigação 32 Ocupação
do	Apólico Quantitativa
Dados Laborat	36 OUTROS 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado
Tratamento	38 Fez Tratamento? 1- Sim - Praziquantel 2- Sim - Oxaminiquine 3 - Não 9 - Ignorado 39 Data do Tratamento 1- Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? 1- Contra Indicação 3 - Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado
	41 Resultado de Análise de Verificação de Cura
T	0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado 1ªamostra 2ªamostra 3ªamostra
Conclusão	Especificar Forma Clínica
	1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)
	Local Provável de Infecção 44 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado
	47 Município Código (IBGE) 48 Distrito 49 Bairro
	Codigo (IBGE)
	50 Nome da Propriedade (se área rural) 51 Nome da Coleção Hídrica 52 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Evolução do Caso 1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado 54 Data do Óbito 55 Data do Encerramento
dor	Município/Unidade de Saúde
Investigador	Nome Função Assinatura
	Esquistossomose Sinan on SVS 08/10/2009