

SES:

(Periodicidade de notificação -7 Dias) N°

Campo de preenchimento do **enfermeiro**: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>
			Código (CID10)	3 Data da Notificação
			A 90 A 92	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo	
Notificação Individual	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
			1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	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 10- Não se aplica			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	19 Distrito			
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP			
Dados clínicos e laboratoriais				
Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não			
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital			
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não			
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica			
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya			
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	
			37 Exame PRNT	
			Data da Coleta	
	38 Resultado			
	S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/>		1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	Sorologia (IgM) Dengue			
	39 Data da Coleta		40 Resultado	
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		
41 Exame NS1		42 Resultado		
Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		
43 Isolamento		44 Resultado		
Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		
45 RT-PCR		46 Resultado		
Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		
47 Sorotipo		48 Histopatologia		
1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado		
		49 Imunohistoquímica		
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____