

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 horas) 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: Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia (baço aumentado de volume).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença			3
	FEBRE TIFÓIDE			Código (CID10)	Data da Notificação
Dados de Residência	4	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	11	12	13	
Dados de Residência	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS			
	16	Nome da mãe			
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)
	19	Distrito			
	20	Bairro			Código
Dados de Residência	21	Logradouro (rua, avenida,...)			Código
	22	23	Número		Código
	24	Geo campo 1			
Dados de Residência	25	Geo campo 2			Código
	26	Ponto de Referência			Código
	27	CEP			Código
Dados de Residência	28	(DDD) Telefone			Código
	29	Zona			Código
	30	País (se residente fora do Brasil)			Código

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	33	Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas)						
	34	Nome do Contato						
Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	35	(DDD) Telefone						
	36	Sugestão de Vínculo com:						
	37	Sinais e Sintomas						
Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	38	Complicações						
	39	Tipo de Atendimento						
	40	Data do Atendimento						
Atendimento	41	UF						
	42	Município do Hospital			Código (IBGE)	43	Nome do Hospital	
	44	Material Coletado			Código	45	Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material	
Lab.	46	Febre Tifóide						
	47	Sinan NET						
	48	SVS						

Febre Tifóide

Sinan NET

SVS

12/05/2006

Dados do Laboratório (cont.)	46 Exames Laboratoriais Resultado: 1 - <i>Salmonella typhi</i> 2 - <i>Salmonella spp</i> 3 - <i>Negativo</i> 4 - <i>Outro Agente (especificar)</i>			
		Hemocultura	Coprocultura	Urocultura
	Outros			
	Data da 1ª Coleta			
	Resultado 1ª Amostra			
	Data da 2ª Coleta			
	Resultado 2ª Amostra			
Data da 3ª Coleta				
Resultado 3ª Amostra				

Tratamento	47 Antibióticos Utilizados no Tratamento			
	1 - Sim	<input type="checkbox"/> Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Sulfametoxazol+Trimetoprima
	2 - Não	<input type="checkbox"/> Quinolona	<input type="checkbox"/> Outro _____	Tempo de Uso Dias
9 - Ignorado				

Conclusão	48 Classificação Final		49 Critério de Confirmação/Descarte	
	1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)			
	50 O caso é autóctone do município de residência?		51 UF	52 País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			
	53 Município	Código (IBGE)	54 Distrito	55 Bairro
56 Doença Relacionada ao Trabalho	57 Evolução do Caso	58 Data do Óbito	59 Data do Encerramento	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1-Cura 2-Óbito por febre tifóide 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado			

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 45 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Alimentos Consumidos na Última Semana e Sugestivos de Contaminação

Tipo de Alimento	Local de Consumo

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Febre Tifóide		Sinan NET	

SVS
12/05/2006

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____