

SES:

(Periodicidade de notificação – 7 Dias)

Nº

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

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	GESTANTE HIV		Z 21	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta 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	14 Escolaridade		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,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
Dados Complementares do Caso	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
	32 Evidência laboratorial do HIV:		33 Ant. epid. mãe/ HIV	
1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto				
Pré-Natal				
Dados Pré-Natal	33 Fez/ Faz pré-natal		34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado			Código (IBGE)
	36 Unidade de realização do pré-natal:		Código	
	37 Nº da Gestante no SISPRENATAL		38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Parto				
Dados Parto	40 UF		41 Município do local do parto	
	42 Local de realização do parto:		Código (IBGE)	
	43 Data do parto:		44 Tipo de parto	
	1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica			
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46 Evolução da gravidez:	
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado		1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica	
Investigador	47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):		Cód. da Unid. de Saúde	
	1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
Município/Unidade de Saúde		Nome		Função
Gestante HIV +		Sinan NET		Assinatura
				SVS 17/07/2006

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____