

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: Demência progressiva (menos de 2 anos) com pelo menos dois ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: mioclonias; distúrbios visuais ou cerebelares; sinais piramidais ou extrapiramidais; mutismo acinético, podendo apresentar sinais psiquiátricos no início da doença, sintomas sensoriais dolorosos e persistentes e disestesias que podem sugerir a forma vDCJ.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB		Código (CID10) A 81.0	3 Data da Notificação
	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 - Mes 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 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) 6-Ensino médio completo (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			
Dados de Residência	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	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Dados Epidemiológicos	31 Data da investigação		32 Ocorreu internação hospitalar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		33 Data da internação	
	34 UF	35 Município do hospital				Código (IBGE)
	36 Nome do hospital					Código (IBGE)
	37 Doença semelhante na família? 1 - Sim. Qual? 2 - Não 9 - Ignorado					38 Se Sim, qual o grau de parentesco?
	39 Houve exposição iatrogênica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Transplante de dura-mater <input type="checkbox"/> Transplante de córnea <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue <input type="checkbox"/> Hormônio do crescimento humano <input type="checkbox"/> Neurocirurgias <input type="checkbox"/> Material contaminado <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____					
Dados Clínicos	40 Viajou ou morou na Europa nas décadas de 80 e 90? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	41 Se Sim, especificar país e período: País: _____ Período: _____					
	42 Sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Demência progressiva (menos de 2 anos) <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Disestesias dolorosas <input type="checkbox"/> Mioclonias <input type="checkbox"/> Sinais piramidais <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Distúrbios visuais <input type="checkbox"/> Sinais extrapiramidais <input type="checkbox"/> Alterações do sono <input type="checkbox"/> Distúrbios cerebelares <input type="checkbox"/> Mutismo acinético <input type="checkbox"/> Outros, quais _____					
43 Presença inicial de sinais psiquiátricos e anormalidades neurológicas posteriores? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						44 Critério de suspeita clínica 1 - Esporádica 2 - Iatrogênica 3 - Hereditária 4 - vDCJ

