

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

CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de <i>Schistosoma mansoni</i> nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.												
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença			ESQUISTOSSOMOSE		Código (CID10)	3		Data da Notificação		
	4	UF	5		Município de Notificação		Código (IBGE)					
Notificação Individual	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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 9-Ignorado	13	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
Dados de Residência	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 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											
	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 Complementares do Caso	28	(DDD) Telefone			29		Zona		30		País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado											
Ant. Epid.	31	Data da Investigação			32							Ocupação
	33	Data da Coprocopia			34			Análise Quantitativa			35	Análise Qualitativa
	0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos			1- positivo 2 - negativo 3- Não realizado								
Dados do Laboratório	36	OUTROS			37			Outros exames (especificar)				
	1- positivo 2 - negativo 3- Não realizado											
Tratamento	38	Fez Tratamento?			39			Data do Tratamento			40	Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?
	1- Sim - Praziquantel 2- Sim - Oxaminiquine 3 - Não 9 - Ignorado			1- Contra Indicação 2 - Recusa 3 - Ausente 9 - Ignorado								
	41	Resultado de Análise de Verificação de Cura			42			Data do Resultado da 3ª amostra				
Conclusão	0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado 1ª amostra 2ª amostra 3ª amostra											
	43											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?			45		UF		46	País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			47		Município		Código (IBGE)		48	Distrito	
	49			Bairro								
Investigador	50			Nome da Propriedade (se área rural)			51			Nome da Coleção Hídrica		
	52			Doença Relacionada ao Trabalho			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	53			Evolução do Caso			54			Data do Óbito		
	1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado			55			Data do Encerramento					
	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde								
Nome			Função			Assinatura						
Esquistossomose			Sinan on			SVS			08/10/2009			

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____