

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) 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 SUSPEITO:** Paciente sintomático ganglionar (presença de bubões ou adenite dolorosa) ou respiratório (tosse, dispnéia, dor no peito, escarro muco-sanguinolento) com febre e um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: calafrios, cefaléia, dores no corpo, fraqueza, anorexia, hipotensão e/ou pulso rápido/irregular, oriundo de zonas ativas de ocorrência de peste.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	PESTE	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	A 2 0 . 9	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	Código (IBGE)
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	19 Distrito		
Dados Complementares do Caso	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	
Dados Epidemiológicos	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação	
	32 Ocupação	33 A ocorrência cumpre condições básicas de risco?	34 O Caso está associado a eventos positivos de importância epidemiológica para Peste?	
	35 Os Sinais e Sintomas são compatíveis com a definição de caso?	36 Sintomatologia Específica	37 Exame Bacteriológico	
Dados Clínicos	38 Data da coleta S1	39 Data da coleta S2	40 Resultado da Sorologia para ELISA	
	41 Resultado da Hemoaglutinação	42 Resultado da Sorologia para ELISA		
	43 Resultado da Hemoaglutinação			44 Resultado da Sorologia para ELISA

Conclusão	42 Caso Tratado? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Instituído Controle Focal? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		44 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado		45 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico		
	46 Classificação da Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1 - Forma Bubônica 2 - Forma Pneumônica 3 - Septicêmica 4 - Outra						47 Gravidade <input type="checkbox"/> 1 - Benigno/Ambulatorial 2 - Moderado 3 - Grave		
	Local Provável da Fonte de Infecção								
	48 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		49 UF	50 País	51 Município		Código (IBGE)		
52 Distrito			53 Bairro		54 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
55 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por peste 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado						56 Data do Encerramento <input type="checkbox"/>			
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome			Função			Assinatura		

Peste
Sinan NET
SVS 01/06/2006

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____