SES:	(Periodicidade de notificação – 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: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

(p	(pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.					
	Tipo de Notificação 2 - Individual					
erais	2 Agravo/doença DIFTERIA Código (CID10) 3 Data da Notificação A 36.9					
Dados Gerais	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 - Mês 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ign					
	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 Código Código					
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1 25 Geo campo 2					
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP 28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)					
3 - Periurbana 9 - Ignorado						
Dados Complementares do Caso 31 Data da Investigação 32 Ocupação						
s03						
Antecedentes Epidemiológicos	Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado					
tes Epic	34 Nome do Contato					
nteceden	35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)					
Ā	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP)ou Tetravalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 -Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado					
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas					
	40 Localização da Pseudomembrana (Placas) Cavidade Nasal Amígdalas Cordão Umbilical Faringe Laringe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Órgãos Genitais Pálato Conduto Auditivo Traquéia Pele					
Dados	Conjuntiva					
	41 Existiram Miocardite Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada) 2 - Não Arritmias 9 - Ignorado Cardíacas Intercostais e Diafragma Outras					
	Difteria Sinan NET SVS 09/06/2006					

ıţo	42 Ocorreu Hospitalização? Data da Internação 44 UF 45 Município do Hospital	Código (IBGE)
imer	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Atendimento	46 Nome do Hospital	Código
A		
		a da Coleta
Dados do aboratório	1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado	
Dados do Laboratório	49 Cultura para Difteria 50 Provas de	Toxigenicidade
La	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado 1 - Pos 3 - Não	tiva 2 - Negativa Realizada 9 - Ignorado
	51 Data da Aplicação do Soro 52 Antibiótico 153 Data	de Adm. do Antibiótico
Trata- mento	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
role	Realizada Identificação dos Comunicantes Intimos 55 Se Sim, Quantos? 56 Quantos Casos Secundários Foram Confirmad entre os Comunicantes	os
Cont	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais	9 - Ignorado
Medidas deControle	Realizada Coleta de Material Res Sim Em Quantos 2 50 Quantos portadores foram En Medidas de	
dida	57 Realizada Coleta de Material	prevenção/controle
Me	comunicantes ? 1 - bloqueio va 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	cinal 2 -Quimioprofilaxia Não 9 - Ignorado
	61 Classificação Final 62 Critério de Confirmação/Descarte	
	1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-	
são		Necrópsia
Conclusão	1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela	3 - Óbito por difteria 🗔
ರ	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
	65 Data do Óbito G6 Data do Encerramento	
	Informações complementares e observações	
	D. Municipal de de Carida	ódigo da Unid. de Saúde
dor	Município/Unidade de Saúde	ódigo da Unid. de Saúde
tigador	Municipio/Onidade de Saude	ódigo da Unid. de Saúde
Investigador	Municipio/Onidade de Saude	ódigo da Unid. de Saúde
Investigador	Nome Função	Assinatura
Investigador	Nome Função	
Investigador	Nome Função	Assinatura
Investigador	Nome Função Difteria Sinan NET	Assinatura
	Nome Função	Assinatura