

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:** Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>FEBRE AMARELA</b>		Código (CID10) A 9 5.9	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		
<b>Notificação Individual</b>	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 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			
<b>Dados de Residência</b>	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)		
<b>Dados Complementares do Caso</b>							
<b>Ocupação</b>	31 Data da Investigação			32 Ocupação			
	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)						
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	34 Vacinado Contra Febre Amarela 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			35 Caso Afirmativo. Data		36 UF	
	37 Município		Código (IBGE)	38 Unidade de Saúde		Código	
<b>Dados Clínicos</b>	39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)			<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)			
	40 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			41 Data da Internação		42 UF	
<b>Atendimento</b>	43 Município		Código (IBGE)	44 Unidade de Saúde		Código	
	45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)						
<b>Dados do Laboratório</b>	Bilirrubina Total _____ mg/dl AST (TGO) _____ UI						
	Bilirrubina Direta _____ mg/dl ALT (TGP) _____ UI						

