

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 suspeito:** todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença <b>INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>		Código (CID10) T 65.9	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	
Notificação Individual	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 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		
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					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado				
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2.Ambiente de trabalho 3.Trajeto do trabalho 4.Serviços de saúde 5.Escola/creche 6.Ambiente externo 7.Outro 9.Ignorado				
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				36 Atividade Econômica (CNAE)
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro ( rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005

Dados da Exposição	<b>49</b> Grupo do agente tóxico/Classificação geral 01.Medicamento      02.Agrotóxico;uso agrícola      03.Agrotóxico/uso doméstico      04.Agrotóxico/uso saúde pública 05.Raticida      06.Produto veterinário      07.Produto de uso Domiciliar      08.Cosmético/higiene pessoal 09.Produto químico de uso industrial      10.metal      11.Drogas de abuso      12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida      14.Outro _____      99.Ignorado			
	<b>50</b> Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular _____		Princípio Ativo 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____	
	<b>51</b> Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização 1.Inseticida      2.Herbicida      3.Carapaticida      4.Raticida      5.Fungicida 6.Preservante para madeira      7.Outro _____      8.Não se aplica      9.Ignorado			
	<b>52</b> Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01- Diluição      05-Colheita      09-Outros      1ªOpção: <input type="text"/> 02-Pulverização      06- Transporte      10-Não se aplica      2ªOpção: <input type="text"/> 03- Tratamento de sementes      07-Desinsetização      99-Ignorado      3ªOpção: <input type="text"/> 04- Armazenagem      08-Produção/formulação			
	<b>53</b> Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
	<b>54</b> Via de exposição/contaminação 1- Digestiva      4-Ocular      7-Transplacentária      1ªOpção: <input type="text"/> 2-Cutânea      5-Parenteral      8-Outra      2ªOpção: <input type="text"/> 3-Respiratória      6-Vaginal      9-Ignorada      3ªOpção: <input type="text"/>			
Dados do Atendimento	<b>55</b> Circunstância da exposição/contaminação <input type="text"/> 01-Uso Habitual      02-Acidental      03-Ambiental      04-Uso terapêutico      05-Prescrição médica inadequada 06-Erro de administração      07-Automedicação      08-Abuso      09-Ingestão de alimento ou bebida      10-Tentativa de suicídio 11-Tentativa de aborto      12-Violência/homicídio      13-Outra: _____      99-Ignorado			
	<b>56</b> A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/> 1 -Sim      2 -Não      9 - Ignorado		<b>57</b> Tipo de Exposição 1 -Aguda - única      2 -Aguda - repetida      3 - Crônica <input type="checkbox"/> 4 - Aguda sobre Crônica      9 - Ignorado	
	<b>58</b> Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 - Hora      2 - Dia      3 - Mês      4 - Ano      9- Ignorado			
	<b>59</b> Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1 -Hospitalar      2 -Ambulatorial      3 - Domiciliar 4 -Nenhum      9 - Ignorado		<b>60</b> Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 -Sim      2 -Não      9 - Ignorado	
	<b>61</b> Data da internação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>62</b> UF <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>63</b> Município de hospitalização <input type="text"/>		<b>64</b> Unidade de saúde <input type="text"/>	
Conclusão do Caso	<b>65</b> Classificação final 1 - Intoxicação confirmada      2 - Só Exposição      3 -Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico      5 -Síndrome de abstinência      9 -Ignorado			
	<b>66</b> Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	<b>67</b> Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial      2 - Clínico-epidemiológico      3 - Clínico		<b>68</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequela      2 - Cura com sequela      3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa      5-Perda de seguimento      9-Ignorado	
	<b>69</b> Data do óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>70</b> Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim      2 - Não      3 - Não se aplica      9 - Ignorado	
<b>71</b> Data do Encerramento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Informações complementares e observações				
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>		Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>	
	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>	

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS

09/06/2005

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_