

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 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 (área não endêmica): Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	MALÁRIA		B 5 4	
	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	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,...)	
	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	
	30 Pais (se residente fora do Brasil)		31 Data da Investigação	
Antecedentes Epidemiológico	32 Ocupação		33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:	
	34 Tipo de lâmina		35 Sintomas:	
Dados do Exame	36 Data do Exame:		37 Resultado do Exame:	
	38 Parasitemia em "cruzes":		39 Parasitos por mm ³ :	
Tratamento	40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária		41 Data Início do Tratamento:	
	42 Data da Investigação		43 Ocupação	

Malária

Sinan NET

SVS

01/01/2010

Conclusão	42 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado		
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	43 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	44 UF provável de infecção <input type="text"/>	45 País provável de infecção <input type="text"/>
	46 Município provável da infecção: <input type="text"/>	Código (IBGE) <input type="text"/>	47 Distrito <input type="text"/>
	48 Bairro <input type="text"/>		
49 Localidade provável da infecção: <input type="text"/>		50 Data de Encerramento <input type="text"/>	

Observações adicionais:

SMS-UF Município	Nome do Paciente: <input type="text"/>		Idade: <input type="text"/>	Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/>
	Nº da notificação <input type="text"/>	Data do exame <input type="text"/>	Resultado do exame <input type="text"/>	Matricula e nome do examinador: <input type="text"/>

Malária Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente Sinan NET SVS 01/01/2010

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____