

SES:

**(Periodicidade de notificação – 7 Dias)**

N°	
----	--

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

# SINAN

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**Suspeita clínica/bioquímica:**

- Sintomático icterício:
- \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- \* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- \* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- \* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- \* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**

- Doador de sangue:
  - \* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
  - Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

Dados Gerais		2 - Individual	
1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
2	Agravo/doença	HEPATITES VIRAIS	
		Código (CID10)	3 Data da Notificação
		B 19	
4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
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	12 Gestante	13 Raça/Cor
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade	10- Não se aplica		
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	
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	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

### Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	<b>31</b> Data da Investigação <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 150px;"> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> <div style="width: 10px;"></div> </div>		<b>32</b> Ocupação	
	<b>33</b> Suspeita de: <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;">           1 - Hepatite A            2 - Hepatite B/C            3 - Não especificada         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div>		<b>34</b> Tomou vacina para: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>           1 - Completa    2 - Incompleta    3 - Não vacinado    9 - Ignorado         </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Hepatite A   <input type="checkbox"/> Hepatite B         </div> </div>	
	<b>35</b> Institucionalizado em <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> </div>			
	1 - Creche    2 - Escola    3 - Asilo    4 - Empresa    5 - Penitenciária    6 - Hospital/clínica    7 - Outras    8 - Não institucionalizado    9 - Ignorado			
<b>36</b> Agravos associados <div style="display: flex; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">           1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">           HIV/AIDS            Outras DSTs         </div> </div>		<b>37</b> Contato com paciente portador de HBV ou HBC <div style="display: flex; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">           1-Sim, há menos de seis meses            2-Sim, há mais de seis meses            3-Não            9-Ignorado         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">           Sexual            Domiciliar ( não sexual )            Ocupacional         </div> </div>		

## Hepatitis Virais

Sinan NET

SVS 29/09//2006

Antecedentes Epidemiológicos	<b>38</b> O paciente foi submetido ou exposto a    1 - Sim, há menos de seis meses    2 - Sim, há mais de seis meses    3 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis <input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing <input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico <input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados <input type="checkbox"/> Drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Outras										
	<b>39</b> Data do acidente ou transfusão ou transplante <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>										
	<b>40</b> Local/ Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)										
	UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone							
Dados Laboratoriais	<b>41</b> Dados dos comunicantes										
	Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Conclusão	<b>42</b> Paciente encaminhado de <input type="checkbox"/> 1- Banco de sangue 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3- Não se aplica										
	<b>43</b> Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>										
	<b>44</b> Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA 1-Reagente                      4-Não realizado <input type="checkbox"/> HBsAg 2-Não reagente                      9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti HBc (Total) 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> Anti-HCV										
	<b>45</b> Data da Coleta da Sorologia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>										
	<b>46</b> Resultados Sorológicos/Viológicos 1 - Reagente/Positivo <input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM 2 - Não Reagente/Negativo <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> Anti-HCV 4 - Não Realizado <input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total) <input type="checkbox"/> Anti -HDV Total <input type="checkbox"/> HCV-RNA										
	<b>47</b> Genótipo para HCV <input type="checkbox"/> 1-Genótipo 1                      4-Genótipo 4                      7-Não se aplica 2-Genótipo 2                      5-Genótipo 5                      9-Ignorado 3-Genótipo 3                      6-Genótipo 6										
	<b>48</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo										
	<b>49</b> Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo										
	<b>50</b> Classificação Etiológica <input type="checkbox"/> 01- Vírus A                      06- Vírus B e C 02- Vírus B                      07- Vírus A e B 03- Vírus C                      08- Vírus A e C 04- Vírus B e D                      09- Não se aplica 05- Vírus E                      99- Ignorado										
	<b>51</b> Provável Fonte / Mecanismo de Infecção <input type="checkbox"/> 01-Sexual                      05-Acidente de trabalho                      08-Tratamento cirúrgico                      11-Alimento/água contaminada 02-Transfusional                      06-Hemodiálise                      09-Tratamento dentário 03-Uso de drogas                      07-Domiciliar                      10-Pessoa/pessoa 04-Vertical                      99- Ignorado										
<b>52</b> Data do Encerramento <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>											
<b>Observações:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px;"></div>											
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Código da Unid. de Saúde				
	Nome				Função		Assinatura				
Hepatites Virais						Sinan NET		SVS      29/09/2006			

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