

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 confirmado de Hanseníase:** pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	3 Data da Notificação		A 3 0 . 9	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe		17 UF	
Dados Complementares do Caso	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	
Dados Clínicos	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação	
Atendimento	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		38 Modo de Entrada	
	39 Modo de Detecção do Caso Novo		40 Baciloscopia	
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial	
	43 Número de Contatos Registrados		44 Observações adicionais:	
	Investigador		Código da Unid. de Saúde	
Med. Contr.	Nome		Assinatura	
	Função		SVS 30/10/2007	
	Hanseníase		Sinan NET	

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