

SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 horas) 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: Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença Febre Maculosa / Rickettsioses		Código (CID10) A 77.9	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																								
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento																									
Notificação Individual	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																									
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito																							
Dados de Residência	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)																							
	31 Data da Investigação																											
	32 Ocupação																											
Dados Clínicos	33 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																											
	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Febre</td><td><input type="checkbox"/> Cefaléia</td><td><input type="checkbox"/> Dor Abdominal</td><td><input type="checkbox"/> Mialgia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Náusea/Vômito</td><td><input type="checkbox"/> Exantema</td><td><input type="checkbox"/> Diarréia</td><td><input type="checkbox"/> Icterícia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival</td><td><input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia</td><td><input type="checkbox"/> Petéquias</td><td><input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Linfadenopatia</td><td><input type="checkbox"/> Convulsão</td><td><input type="checkbox"/> Necrose de extremidades</td><td><input type="checkbox"/> Prostração</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão</td><td><input type="checkbox"/> Estupor/Coma</td><td><input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica</td><td><input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria</td><td colspan="3"><input type="checkbox"/> Outros: _____</td></tr></table>					<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão	<input type="checkbox"/> Estupor/Coma	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	<input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias	<input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	<input type="checkbox"/> Mialgia																									
<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito	<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Icterícia																									
<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia/Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas																									
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	<input type="checkbox"/> Prostração																									
<input type="checkbox"/> Choque/Hipotensão	<input type="checkbox"/> Estupor/Coma	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	<input type="checkbox"/> Alterações Respiratórias																									
<input type="checkbox"/> Oligúria/Anúria	<input type="checkbox"/> Outros: _____																											
Epidemiologia	Situação/exposição de risco nas últimas duas semanas (14 dias)																											
	34 Teve contato com animais? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Carrapato <input type="checkbox"/> Capivara <input type="checkbox"/> Cão/Gato <input type="checkbox"/> Bovinos <input type="checkbox"/> Equinos <input type="checkbox"/> Outros animais: _____																											
Tratamento	35 Frequentou ambientes com mata, floresta, rios, cachoeiras, etc. 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																											
	36 Ocorreu Hospitalização 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		37 Data da Internação	38 Data da Alta	39 UF																							
40 Município do Hospital		Código (IBGE)	41 Nome do Hospital		Código																							

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____