SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°	SES:
---	------

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

## SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

malá segu	D SUSPEITO (área não endêmica):Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão di ia, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não do ntes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação miológica.			
	Tipo de Notificação 2 - Individual			
ا م	2 Agravo/doença MALÁRIA Código (CID10) 3 Data da Notificação			
Serai	MALARIA B 5 4			
Dados Gerais	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  Código  Data dos Primeiros Sintomas			
_	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Més 4- Ano 1- Ignorado			
	14 Escolaridade  3-6 la 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)  3-6 la 8º 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) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
Not	Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito			
	20 Bairro			
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1 25 Geo campo 2 126 Ponto de Referência			
	(29) (DDD) Telefone			
	29 25 Teleforite 29 25 Teleforite 10 a do Blasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Dados Complementares do Caso			
nento lógico	31 Data da Investigação   32 Ocupação			
Antendimento Epidemiológico	Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:  1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-const.estrad.barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros 12 - Motorista 99-Ignorado  34 Tipo de lâmina 1-BP 2-BA 3-LVC 1-Com sintomas 2-Sem sintomas 2-Sem sintomas			
Dados do Exame	36 Data do Exame: 37 Resultado do Exame: 1- Negativo; 2- F; 3- F+FG; 4- V; 5- F+V; 6- V+FG; 7- FG; 8- M; 9- F+M; 10- O			
Dados d	39 Parasitemia em "cruzes".:  1-< +/2 (menor que meia cruz); 2-+/2 (meia cuz); 3-+ (uma cruz); 4-++ (duas cruzes); 5-+++ (três cruzes); 6-++++ (quatro cruzes)			
Tratamento	1- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 2- Infecções por Pv com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias; 3- Infecções por Pf com Quinina em 3 dias + Doxiciclina em 5 dias + primaquina no 6º dia; 3- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 4- Infecções por Pm com cloroquina em 3 dias; 5- Infecções por Pv em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Primaquina em 7 dias; 6- Infecções por Pf com Mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia; 7- Infecções por Pf com Quinina em 7 dias; 8- Infecções por Pf de crianças com cápsulas retais de artesunato em 4 dias e Mefloquina no 3º dia e Primaquina no 5º ida;			
1	9- Infecções mistas por Pv + Pf com Quinina em 3 dias, doxiciclina em 5 dias e Primaquina em 7 dias; 10- Prevenção de recaída da malária por Pv com Cloroquina em dose única semanal durante 3 meses; 11- Malária grave e complicada 12- Infecções por Pf com a associação Artemeter+Lumerfantrin a em 3 dias 99- Outro esquema utilizado (por médico) - descrever:			
L	Malária Sinan NET SVS 01/01/2010			

Conclusão	42 Classificação Final  1-Confirmado 2-Descartado  Local Provável da Fonte de Infecção  43 O caso é autóctone do município de residência?  1-Sim 2-Não 3-Indeterminado  45 País provável de infecção			
Ö	46 Município provável da infecção: Código (IBGE) 47 Distrito 48 Bairro			
	49 Localidade provável da infecção:  50 Data de Encerramento			
Obs	servações adicionais:			
LUF I	Nome do Paciente:    Idade:   Sexo: 1-Masculino   2-Feminino			
SMS-UF	Nome do Paciente:    Idade:   Sexo: 1-Masculino   2-Feminino			
SMS-UF	Nome do Paciente:    Idade:   Sexo: 1-Masculino   2-Feminino			
SMS-UF	Nº da notificação  Data do exame  Resultado do exame  Matricula e nome do examinador:			