

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO INSTRUMENTO PARA
PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS/VS.
CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (CID 10) que está sendo notificado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- *QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, Nº CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena. Considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 a 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

*Caso o endereço não for encontrado, preencher "Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo" com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).**CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32. Informar o tipo de exposição (contato) ao vírus rábico. Contato indireto (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Arranhadura (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Lamedura (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Mordedura (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Outro (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Identificar a localização da exposição (do ferimento ou da área de contato). Mucosa (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Cabeça/Pescoço (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Mãos/Pés (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Tronco (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Membros Superiores (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Membros inferiores (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar sobre o ferimento, 1= Único; 2= Múltiplo; 3= Sem ferimento; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. tipo de ferimento, profundo (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), superficial (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), dilacerante (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando preenchido (1-único ou 2-múltiplo).**

36. Anotar a data em que ocorreu a exposição, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando preenchido (único ou múltiplo) no campo 35.**

37. Assinalar se houve tratamento anteriormente, Pré-exposição (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), Pós-exposição (1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

38. Informar o período do tratamento anterior, 1= Até 90 dias; 2= Após 90 dias **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando preenchido sim em uma das opções (pré-exposição ou pós exposição) no campo 37.**

39. Informar o número total de doses de vacina antirrábica recebidas no tratamento anterior.

40. Espécie (espécie de animal agressor), 1= Canina; 2= Felina; 3= Quiróptera (Morcego); 4= Primata; 5=Raposa; 6= Herbívoro Doméstico; 7= Outra, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Condição do animal para fins de conduta de tratamento no momento da agressão ou outro tipo de exposição, 1= Sadio; 2= Suspeito; 3=Raivoso; 4= Morto/Desaparecido, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando preenchido que a espécie agressor foi canina ou felina no campo 40.**

42. Informar se o animal é passível de observação, 1= sim; 2=não, 41, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando preenchido que a espécie agressor foi canina ou felina no campo 40.**

43. Informar o tipo de tratamento atualmente indicado, 1= Pré-exposição; 2= Dispensa de tratamento; 3= Observação do Animal (se cão ou gato); 4= Observação + vacina; 5= Vacina; 6= Soro+ vacina; 7= Esquema de Reexposição, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

44. Informar o nome do laboratório produtor da vacina utilizada, 1= Instituto Butantan; 2= Instituto Vital Brasil; 3= Aventis Pasteur; 4= Outros, CAMPO ESSENCIAL.

*Caso a resposta do campo 44 for “Outros”, preencher o campo “Especificar laboratório produtor”, **Campo de preenchimento obrigatório.**

45. Anotar o número do lote da vacina.

46. Anotar a data do vencimento do lote da vacina utilizada.

47. Anotar o dia e o mês da aplicação de cada dose, da vacina utilizada. São 4 datas (Data da 1ª dose, Data da 2ª dose, Data da 3ª dose, Data da 4ª dose)

48. Informar a condição final do animal após observação; 1=Negativo para raiva (Clínica); 2= Negativo para raiva (Laboratório); 3= Positivo para raiva(Clínico); 4= Positivo para raiva (Laboratório); 5= Morto/ sacrificado/ sem diagnóstico (Laboratório); 9= Ignorado

49. Informar se houve interrupção do tratamento indicado, 1= sim; 2= Não.

50. Informar o motivo da interrupção do tratamento indicado, 1= Indicação da unidade de saúde; 2= Abandono; 3= Transferência, considerar como abandono, sempre que o paciente interromper o tratamento sem indicação e orientação da Unidade de Saúde que prescreveu o tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo 49= 1.**

51. Informar se a unidade de saúde procurou o paciente que abandonou o tratamento indicado, objetivando a continuidade do mesmo, 1= Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo 49= 1.**

52. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa á vacina utilizada, 1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado.

53. Informar se foi indicado à aplicação de soro anti-rábico. 1= Sim; 2= Não; 9= Ignorado.

54. Anotar o peso do paciente em kilogramas, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se o soro antirrábico foi indicado (Campo 53 = 1).**

55. Anotar a quantidade de soro aplicada em ml e assinalar a opção pertinente ao tipo de soro antirrábico humano aplicado, 1= Heterólogo; 2= Homólogo.

56. Informar se houve infiltração de soro antirrábico no local ou locais dos ferimentos, Total (1=Sim; 2= Não), Parcial (1= Sim; 2= Não).

57. Informar o nome do laboratório produtor do soro antirrábico utilizado 1= Instituto Butantan; 2= Instituto Vital Brasil; 3= Aventis Pasteur; 4= Outros.

* Se no campo 57 a resposta for 4= Outros, no campo "laboratório produtor" preencher qual foi o laboratório produtor, **campo obrigatório.**

58. Anotar o número da partida ou do lote do soro antirrábico utilizado.

59. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa ao soro utilizado. (1-sim, 2- não , 9 – ignorado)

60. Informar a data do encerramento do caso.

Observações: anotar a data e os resultados de laboratório, se tiverem sido enviadas peças para análises laboratoriais e outras informações que julgarem pertinentes.