

# CRIANÇA EXPOSTA HIV

## 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.  
**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.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, CAMPO CHAVE.

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS9 (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/CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RAÇA (TALVEZ), N° 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). Ao se preencher o item 11 com a opção masculino o sistema preenche não se aplica de forma automática. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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), CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

14. 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.**

Preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física), **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.**

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Mulher Cisgênero; 2= Homem cisgênero; 3= Mulher transgênero; 4= Homem transgênero; 5= Travesti, 6= Não binário, 7= 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 quando UF for digitada.**

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 tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia, **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. O campo Geocampo1 é de preenchimento automático pelo sistema

25. O campo Geocampo 2 é de preenchimento automático pelo sistema

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).

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.**

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, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a idade da mãe/nutriz. **CAMPO ESSENCIAL.**

32. Informar a escolaridade da mãe/matriz: 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 ESSENCIAL.**

33. Informar a raça /cor da mãe/matriz:1- Branca, 2- Preta, 3- Amarela, 4- Parda. 5- Indígena, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar a ocupação da mãe/nutriz. **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar se a mãe/matriz fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação: 1- Sim, 2- Não, 3- Não se aplica, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar se a mãe/nutriz fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto: 1- Sim, 2- Não, 3- Não se aplica, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

37. Informar o N° da declaração de nascimento vivo. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar tipo de parto: 1- Parto vaginal, 2- Parto cesáreo, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

39. Informar a sigla do estado do nascimento. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o município do local de nascimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 39 for preenchido.**

41. Informar a unidade de saúde de nascimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 39 for preenchido.**

42. Informar se houve Aleitamento materno: 1- Sim, 2- Não, 3- Alimentação mista, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL**

43. Informar se houve Aleitamento cruzado: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Informar se houve uso de profilaxia com anti-retroviral oral: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Informar o tempo total de uso de profilaxia com anti- retroviral oral (semanas): 1- menos de 3, 2- de 3 a 5, 3- 6 semanas, 4- Não usou, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Informar os dados laboratoriais da criança: 1° Teste de detecção de ácido nucléico, 2° Teste de detecção de ácido nucléico, 3° Teste de detecção de ácido nucléico, Teste de triagem anti-HIV, Teste confirmatório anti-HIV, Teste rápido 1, Teste rápido 2, Teste rápido 3 com as opções de resposta: 1- Positivo/reagente, 2- Negativo/não reagente, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 5- Indeterminado, 6- Detectável, 7- Indetectável, 9- Ignorado. Informar ainda a data de coleta de cada teste no campo data. **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Informar a evolução do caso (criança exposta ao HIV): 1- Infectada, 2- Não infectada, 3- Perda de seguimento, 4- Caso em andamento, 5- Transferência para outro Município e/ou Estado, 6- Óbito por HIV/Aids, 9- Óbito por outras causas. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar a data de encerramento da investigação de criança exposta ao HIV. **CAMPO ESSENCIAL.**