E-SUS/VS

Secretaria de Saúde do Estado do Espirito Santo

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO
CRIANÇA EXPOSTA AO RISCO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS T-LINFOTRÓPICO TIPO 1 (HTLV-1)

Nº

DADOS GERAIS

1 Tipo de Notificação 2- Individual

2 Agravo/doença **CRIANÇA EXPOSTA AO RISCO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS T-LINFOTRÓPICO TIPO 1 (HTLV-1)** Código (CID10) **Z20.8**

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7 Data do Diagnóstico

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano

11 Sexo M – Masculino F – Feminino I - Ignorado

12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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

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

Etnia
1- Tupiniquim
2- Guarani
9- ignorado

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não

Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não

CPF do paciente

Identidade de gênero
1- Mulher cisgênero 2- Homem cisgênero
3- Mulher transgênero 4- Homem transgênero
5- Travesti 8 –Não binário 7- Não se aplica 9- Ignorado

Passaporte

Nacionalidade

Orientação sexual
1- Heterossexual 2- Homossexual
3- Bissexual 4- Pansexual
8- Não se aplica 9- Ignorado

DADOS DE RESIDÊNCIA

17 UF

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

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone ( )

29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Unidade de Saúde de Referência

31 Data da Investigação

32 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado

33 Critério de confirmação/descarte 1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico

34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

35 UF

36 País

37 Município Código (IBGE)

38 Distrito

39 Bairro

40 Doença relacionada ao trabalho 1- Sim 2-Não 9- Ignorado

41 Evolução do caso 1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado

42 Data do Óbito

43 Data do Encerramento

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura