

DENGUE

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.º 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.**

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 data de investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. 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). **CAMPO ESSENCIAL.**

33. Informar se houve sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos: Febre, Cefaléia, Vômito, Dor nas costas, Artrite, Petéquias, Prova do laço positiva, Mialgia, Exantema, Náuseas, Conjuntivite, Artralgia intensa, Leucopenia, Dor retroorbital. (1- Sim, 2- Não) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar doenças pré-existentes: Diabetes, Hepatopatias, Hipertensão arterial, Doenças auto-imunes, Doenças hematológicas, Doença renal crônica, Doença ácido-péptica. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se houve o exame sorologia (IgM) Chikungunya

35. Se houve o exame sorologia (IgM) Chikungunya, informar a data da coleta da 1º Amostra (S1), **CAMPO BLOQUEADO.**

36. Se houve o exame sorologia (IgM) Chikungunya, informar a data da coleta da 2º Coleta (S2), **CAMPO BLOQUEADO.**

37. Se houve o exame sorologia (IgM) Chikungunya, informar a data da coleta do Exame PRNT, **CAMPO BLOQUEADO.**

38. Informar o resultado dos exames de sorologia, S1, S2, e PRNT. **CAMPO BLOQUEADO.**

Sorologia (IgM) Dengue:

39. Informar a data da coleta da sorologia (IgM) Dengue. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o resultado do exame de sorologia (IgM) Dengue: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 39 for preenchido.**

41. Informar a data da coleta exame NS1. **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar o resultado do exame NS1: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 41 for preenchido.**

43. Isolamento: informar a data da coleta. **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Informar o resultado do exame de isolamento: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 43 for preenchido.**

45. Informar a data da coleta do exame RT-PCR. **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Informar o resultado do exame RT-PCR: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 45 for preenchido.**

47. Informar o sorotipo: 1- DENV 1, 2- DENV 2, 3- DENV 3, 4- DENV 4. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar histopatologia: 1- Compatível, 2- Incompatível, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informar Imunohistoquímica: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo 4- Não realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informar se ocorreu hospitalização: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

51. Informar a data da internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 50= 1- Sim.**

52. Informar o UF de onde ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 50= 1- Sim.**

53. Informar o município onde ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 50= 1- Sim.**

54. Informar o nome do hospital onde houve a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 50= 1- Sim.**

55. Informar o telefone do hospital onde ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 50= 1- Sim.**

56. Informar se o caso é autóctone do município de residência: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

57. Informar a sigla do estado de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 2- Não.**

58. Informar o país de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 2- Não.**

59. Informar o município de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 2- Não.**

60. Informar o distrito de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 2- Não.**

61. Informar o bairro de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 2- Não.**

62. Informar a classificação: 5- Descartado, 10- Dengue, 11- Dengue com sinais de alarme, 12- Dengue Grave. **CAMPO ESSENCIAL.**

63. Informar o critério de confirmação/descarte: 1- Laboratorial, 2- Clínico-Epidemiológico, 3- Em investigação. **CAMPO ESSENCIAL.**

64. Informar a apresentação clínica, aguda ou crônica. **CAMPO ESSENCIAL.**

65. Informar a evolução do caso: 1- Cura, 2- Óbito pelo agravo, 3- Óbito por outras causas, 4- Óbito em investigação, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

66. Informar a data do Óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 65= 2- Óbito pelo agravo, ou 3- Óbito por outras causas, ou 4- Óbito em investigação.**

67. Informar a data de encerramento. **CAMPO ESSENCIAL.**

68. Informar os sinais de dengue com sinais de alarme: Hipotensão postural e/ou lipotímia, Quebra abrupta de plaquetas, Vômitos persistentes, Dor abdominal intensa e contínua, letargia ou irritabilidade, Sangramento de mucosa/outras hemorragias, Aumento progressivo do hematócrito, Hepatomegalia $\geq$ 2cm, Acúmulo de líquidos. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 11 e/ou 12- Dengue com sinais de alarme.**

69. Informar a data de início dos sinais de alarme. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 11 e/ou 12 - Dengue com sinais de alarme.**

70. Informar os sinais de Dengue grave: Pulso débil ou indetectável, PA convergente < 20 mmHg, Tempo de enchimento capilar, Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória, Taquicardia, Extremidade frias, Hipotensão arterial em fase tardia, Hematêmese, Melena, Metrorragia volumosa, Sangramento do SNC, AST/ALT > 1.000 , Miocardite, Alteração da consciência, Outros órgãos (especificar) com as opções de resposta 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 12- Dengue grave.**

71. Informar a data de início dos sinais de gravidade. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 12- Dengue grave.**

Observação e informações complementares.