

DIFTERIA

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= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 8= não se aplica ; 9= Ignorado, **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 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 da residência 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 Geocampo 1 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 o contato com caso suspeito ou confirmado de difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas): 1- Domicílio, 2- Vizinhança, 3- Trabalho, 4- Creche/escola, 5- Posto de saúde/hospital, 6- Outro estado/município, 7- Outro (especificar), 8- Sem história de contato, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar o nome do contato. **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar o endereço do contato. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar o N° de doses da vacina tríplice (DTP) ou tetravalente (DTP+Hib) ou dupla (DT ou dT): 1- uma, 2- Duas, 3- Três, 4- Três + 1 reforço, 5- Três + 2 reforços, 6- Nunca vacinado, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

37. Informar a data da última dose. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar se o paciente apresentou algum dos seguintes sinais e sintoma: Edema ganglionar, Edema de pescoço, Febre, prostração, Pseudomembrana, Palidez. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

39. Informar a temperatura corporal. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar a localização da pseudomembrana: Cavidade nasal, Amígdalas, Cordão umbilical, Faringe, Laringe, Órgãos genitais, Palato, Conduto auditivo, Traquéia, Pele, Conjuntiva. (1- Sim, 2- Não, 9- ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o paciente informar 1- sim para pseudomembrana no campo 38.**

41. Informar se houve complicações: miocardite, nefrite, paralisia bilateral e simétrica das extremidades, paralisia do palato (regurgitação, líquido pelo nariz, voz anasalada), arritmias cardíacas, paralisia dos músculos intercostais e diafragma, outras (especificar). **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar se ocorreu hospitalização: 1- sim, 2- Não, 9- ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar a data de internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 42= 1- Sim.**

44. Informar a sigla do estado que ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 42= 1- Sim.**

45. Informar o município do hospital que ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 42= 1- Sim.**

46. Informar o nome do hospital onde ocorreu a internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 42= 1- Sim.**

47. Informar o material coletado: 1- Orofaringe, 2- Nasofaringe, 3- Orofaringe e nasofaringe, 4- Não coletado, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar a data da coleta dos materiais. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o 47 for preenchido.**

49. Informar a cultura para difteria: 1- Positiva para C. diphteriae, 2- Negativa para C. diphteriae, 3- Não realizada, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o 47 for preenchido.**

50. Informar as provas de toxigenicidade: 1- Positiva, 2- Negativa, 3- Não realizada, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o 47 for preenchido.**

51. Informar a data da aplicação do soro. **CAMPO ESSENCIAL.**

52. Informar se houve uso de antibiótico: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

53. Informar a data da administração do antibiótico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 52= 1- sim.**

54. Informar se foi realizada identificação dos comunicantes íntimos: 1- Sim 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

55. Se houve identificação dos comunicantes íntimos, informar quantos. **CAMPO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item 54 for 1- Sim .**

56. Informar quantos casos secundário foram confirmados entre os comunicantes: 1- Nenhum, 2- Um, 3- Dois ou mais, 9- Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item 54 for 1- Sim.**

57. Informar se foi realizada coleta de material dos comunicantes: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPOS ESSENCIAL.**

58. Se houve coleta de material dos comunicantes, informar quantos. **CAMPO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item 57 for 1- Sim.**

59. Informar quantos portadores foram identificados entre os comunicantes. **CAMPO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item 57 for 1- Sim.**

60. Informar Medidas de prevenção/controle: 1- Bloqueio vacinal, 2- Quimioprofilaxia, 3- Ambos, 4- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

61. Informar a classificação final: 1- Confirmado, 2- Descartado. **CAMPO ESSENCIAL.**

62. Informar o critério de confirmação/descarte: 1- Cultura com prova de toxigenicidade, 2- Cultura sem prova de toxigenicidade, 3- Vínculo epidemiológico, 4- Morte pós clínica compatível, 5- Clínico, 6- Necropsia. **CAMPO ESSENCIAL.**

63. Informar se a doença está relacionada ao trabalho: 1- sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

64. Informar a evolução: 1- Cura c/ sequelas, 2- Cura s/ sequelas, 3- Óbito por difteria, 4- Óbito por outras causas, 5- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

65. Informar a data de óbito **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 64= 3- Óbito por difteria, ou 4- Óbito por outra causa.**

66. Informar a data de encerramento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

Informar transferência vertical da investigação.

Observação e informações adicionais.