

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

INSTRUÇÕES 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.

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**

Antecedentes Epidemiológicos

31. Informar a data da investigação do caso. **CAMPO 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 refere-se as atividades exercida quando paciente for desempregado O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

33. Preencher com o nome da unidade federada e do município onde o paciente esteve nos últimos 120 dias (viagens para áreas infestadas com triatomídeos). **CAMPO ESSENCIAL**

34. Preencher com código correspondente se o paciente notou a presença de vestígios de triatomíneos intradomiciliar no local provável de infecção durante pesquisa entomológica. **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Data do encontro de vestígios de triatomíneos no intradomicílio. **CAMPO ESSENCIAL**

36. Preencher com o código se o paciente apresenta história de uso de sangue ou hemoderivadas nos últimos 120 dias **CAMPO ESSENCIAL**

37. Em caso de afirmativo ao item 35, preencher com o código correspondente se há controle sorológico na unidade de hemoterapia onde o paciente fez uso de sangue ou hemoderivados nos últimos 120 dias . **CAMPO ESSENCIAL**

38. Preencher se manipulou ou teve contato de Material com *T. cruzi* com (1=sim , 2=não, 3=não se aplica) **CAMPO ESSENCIAL**

39. Nos casos em que o paciente for recém-nascido, preencher com o código correspondente se a mãe apresenta infecção chagásica. **CAMPO ESSENCIAL**

40. Preencher com o código correspondente a se houve possibilidade de ter ocorrido infecção decorrente de transmissão por via oral. **CAMPO ESSENCIAL**

41. - Preencher com o código correspondente os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. No caso de não apresentar sinais adicionar o código 1 o quadro assintomático. **CAMPO ESSENCIAL**

42 - Preencher a data da coleta do exame parasitológico direto.

43- Preencher com o código correspondente aos resultados de cada tipo de exame parasitológico direto realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**

Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço

Strout/Microhematócrito/QBC

Outro.

44 – Preencher a data da coleta do exame parasitológico indireto (xenodiagnóstico, hemocultivo natural ou artificial). **CAMPO ESSENCIAL.**

45 Preencher com o código correspondente aos resultados de cada tipo de exame parasitológico indireto realizado. (xenodiagnóstico, hemocultivo natural ou artificial). **CAMPO ESSENCIAL**

46 - Preencher a data da coleta da primeira amostra de exame sorológico S1

47 - Preencher a data da coleta da segunda amostra de exame sorológico S2

48. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método ELISA para **IgM** e **IgG** ns “primeira e segunda” amostra respectivamente.

49. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método HEMOAGLUTINAÇÃO para **IgM** e **IgG** ns “primeira e segunda amostra respectivamente.

50. Preencher com o código correspondente aos resultados de sorologia pelo método IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA (IFI) para **IgM** e **IgG** ns “primeira e segunda” amostra respectivamente, anotando os valores de titulação correspondente a cada amostra. **CAMPO ESSENCIAL**

51. Preencher a data da coleta do exame histopatológico de material de biópsia ou necropsia.

52. Preencher com o código correspondente aos resultados de exame histopatológico de material de biópsia ou necropsia.

53. Preencher com o código correspondente qual o tipo de tratamento realizado

(específico = parasiticida; sintomático = outro tratamento) **CAMPO ESSENCIAL**

54. Preencher com código correspondente ao nome da droga utilizada para o tratamento.

55. Preencher com o número de dias de duração do tratamento.

56. Preencher com o código correspondente a quais foram as medidas de controle tomadas e especificar aquelas que não se encontram listadas no campo. **CAMPO ESSENCIAL**

57. Caracterizar a classificação final do caso. "Quando o campo 70 estiver preenchido". **CAMPO ESSENCIAL**

58. Preencher com o código correspondente o critério de confirmação ou descarte utilizado para a classificação final do caso. **CAMPO ESSENCIAL**

59. Caracterizar a evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL**

60. Caso tenha evoluído a óbito, preencher a data do óbito.

61. Preencher com o código correspondente ao provável modo/de infecção. **CAMPO ESSENCIAL**

62. Preencher com o código correspondente ao provável local de infecção. **CAMPO ESSENCIAL**

63. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o E-SUS preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.

64 . Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **CAMPO ESSENCIAL** se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

65. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. **CAMPO ESSENCIAL** se caso foi confirmado, infectado no Brasil ou no exterior, mas não é autóctone do município de residência.

66. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE **CAMPO ESSENCIAL** se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

67. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

68. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

69. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência das condições/situação de trabalho.

70. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999.
CAMPO ESSENCIAL.

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.