

DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

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.

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, 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.** 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.**

31. Informar o ano do diagnóstico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Informar o modo de suspeição: 1- Triagem para doador de órgãos/tecidos, 2- Receptor em transplante de órgão/tecidos, 3- Banco de sangue, 4- Pré-natal, 5- Rastreamento/busca ativa, 6- Demanda espontânea – UBS, 7- Demanda espontânea – hospital ou serviço especializado, 8- Serviços de assistência em HIV/Aids, 9- Comitê de investigação de óbito, 99- Outros (especificar). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Informar a sigla do Estado de nascimento do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar o município de nascimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 33 for preenchido.**

35. Informar a sigla do Estado de provável infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar o município de provável infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 35 for preenchido.**

37. Informar o N° requisição GAL. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar os exames de Sorologia (IgG): ELISA – Ensaio imunoenzimático (IgG), IFI – Imunofluorescência (IgG), HAI – Hemaglutinação (IgG), Quimioluminescência. (1- Reagente, 2- Não Reagente, 3- Inconclusivo, 4- Sem informação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39. Informar se PCR detectável: 1- Sim, 2- Não, 3- Não realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar se houve outros exames positivos para DC: 1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Informar observações. **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar a unidade de acompanhamento é a mesma de notificação: 1- Sim, 2- Não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar o Estado da UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 42= 2- Não.**

Informar o município da UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 42= 2- Não.**

Informar o nome da UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 42= 2- Não.**

44. Informar se está sendo acompanhado em hospital/serviço especializado: 1- Sim, 2- Não. Se sim, serão habilitados os campos para preenchimento do estado, município e CNES do Hospital/Serviço especializado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: 'Triagem para doador de órgãos/tecidos' ou 'Receptor em transplante de órgãos/tecidos' ou 'Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado' ou 'Serviços e assistência em HIV/AIDS

45. Informar o Estado do hospital/serviço especializado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: 'Triagem para doador de órgãos/tecidos' ou 'Receptor em transplante de órgãos/tecidos' ou 'Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado' ou 'Serviços e assistência em HIV/AIDS

Informar município do hospital/serviço especializado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: 'Triagem para doador de órgãos/tecidos' ou 'Receptor em transplante de órgãos/tecidos' ou 'Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado' ou 'Serviços e assistência em HIV/AIDS

Informar qual hospital/serviço especializado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: 'Triagem para doador de órgãos/tecidos' ou 'Receptor em transplante de órgãos/tecidos' ou 'Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado' ou 'Serviços e assistência em HIV/AIDS

46. Informar o exames complementares: Eletrocardiograma, RX tórax, RX colón, RX esôfago, Ecocardiograma, outros (especificar) com os códigos 1- Alterado, 2- Normal, 3- Não realizado. **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Informar as comorbidades: HIV/Aids, Hipertensão, Hepatite crônica, Diabetes, Cardiopatia de outra etiologia, Neoplasias/Outras condições de imunossupressão, Leishmanioses, Outros (especificar). **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar a forma clínica: 1- Indeterminada, 2- Cardíaca leve/moderada, 3- Cardíaca avançada, 4- Digestiva, 5- Cardiodigestiva, 6- Em investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

49. Informar se ocorreu episódio de reativação (reagudização):1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informar se tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol: 1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

51. Informar a 1º Linha: Benznidazol (BNZ): 1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o total de comprimidos BNZ. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o número de dias de tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**

52. 2º Linha: Nifurtimox (NFX). (1- Sim, 2- Não). **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o total de comprimidos NFX. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o número de dias de tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**

53. Informar se apresentou reações adversas ao BNZ: Teve reações (1- sim, 2 – não). Ao se responder sim abre-se os campos para **preenchimento obrigatório**: Dermopatia leve/moderada, Dermopatia grave, Ageusia, Parestesias, Depressão medula óssea, Intolerância gastrointestinal, Artralgias, Outros (especificar). (1- Sim, 2- Não).

54. Informar se apresentou reações adversas ao NFX: Teve reações (1- sim, 2 – não). Ao se responder sim abre-se os campos para **preenchimento obrigatório**: Dermopatia leve/moderada, Dermopatia grave, Ageusia, Parestesias, Depressão medula óssea, Intolerância gastrointestinal, Artralgias, Outras (especificar).

55. Informar o N° de familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas. **CAMPO ESSENCIAL.**

56. Informar se realizou busca ativa: 1- Sim, 2- Não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

57. Informar o N° de familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 1- Sim.**

58. Informar o N° de familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 1- Sim.**

59. Informar o N° de familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 1- Sim.**

60. Informar transferência de residência: 1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar Novo Estado de residência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 60= 1- Sim.**

Informar Novo Município de residência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 60= 1- Sim.**

61. Informar se houve mudança de UBS de acompanhamento. 1- Sim, 2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar a UF (sigla do Estado) da nova UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 61= 1- Sim.**

Informar município da nova UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 61= 1- Sim.**

Informar o nome da nova UBS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 61= 1- Sim.**

62. Informar se houve alteração de ambulatório especializado ou Hospital: 1- Sim
2- Não. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o Estado do novo ambulatório especializado ou hospital. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 1- Sim.**

Informar o município do novo ambulatório especializado ou hospital. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 1- Sim.**

Informar o nome do novo ambulatório especializado ou hospital. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 62= 1- Sim.**

63. Informar a evolução do caso: 1- Permanece em acompanhamento clínico, 2- Óbito por D. Chagas, 3- Óbito por outras causa, 4- Abandono, 5- Cancelado/Excluir. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

64. Informar data do óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 63= 2- Óbito por D. Chagas, ou 3- Óbito por outras causa.**

65. Informar a data de encerramento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 63= 2- Óbito por D. Chagas, ou 3- Óbito por outras causa, 63= 4- Abandono, 5- Cancelado/excluir.**

Adicionar informações prévias a busca ativa – Familiares (vivos) já com doenças de Chagas, informar nome do familiar e parentesco.

Informar o monitoramento de busca ativa pós notificação com nome do familiar, parentesco, se foi confirmado ou não para Chagas, e o N° da notificação se confirmado.

Observações e informações adicionais.