

DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB (DCJ)
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° 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 a data da investigação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Informação se ocorreu hospitalização: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Informar a data de internação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 32= 1- sim.**

34. Informar a Sigla de Estado que ocorreu a hospitalização. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 32= 1- Sim.**

35. Informar o município do hospital onde ocorreu a hospitalização. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 32= 1- Sim.**

36. Informar o nome do hospital, onde ocorreu a hospitalização. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 32= 1- Sim.**

37. Informar se há doença semelhante na família: 1- Sim, 2- Não, 9-Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Qual? Se a resposta for sim no item anterior, informar qual a doença semelhante há na família. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 37= 1- Sim.**

38. Informar qual o grau de parentesco se algum familiar teve doença semelhante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 37= 1- Sim.**

39. Informar se Houve exposição iatrogênica: 1- sim, 2- não, 9 – ignorado : Transplante de dura-máter, Hormônio do crescimento humano, Transplante de córnea, Neurocirurgias, Transfusão de sangue, Material contaminado, outros (especificar). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO de cada opção quando a resposta for sim ao item houve exposição iatrogênica.**

40. Informar se Viajou ou morou na Europa nas décadas de 80 e 90: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Se viajou, informar qual país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar a data de ida ao País. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 40= 1- Sim.**

Informar a data de volta do País. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 40= 1- Sim.**

42. Informar se houve sinais ou sintomas (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado) aos sintomas: Demência progressiva (menos de 2 ano), Mioclonias, Distúrbios visuais, Distúrbios cerebelares, Ataxia, Sinais piramidais, Sinais extrapiramidais, Mutismo acinético, Disestesias dolorosas, Transtornos psiquiátricos, Alteração do sono, Outros (especificar). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar presença inicial de sinais psiquiátricos e anormalidades neurológicas posteriores (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

44. Informar o Critério de suspeita clínica: 1- Esporádica, 2- Iatrogênica, 3- Hereditária, 4- vDCJ. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

45. Informar ressonância magnética: 1- Normal com difusão, 2- Normal sem difusão, 3- Típica com difusão, 4- Outras anormalidades, 5- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46. Informar o EGG: 1- Normal, 2- Típico, 3- Atípico, 4- Não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

47. Proteína 14.3.3 no LCR: 1- Ausente, 2- Presente, 3- Inconclusivo, 4- Em análise, 5- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

48. Informar a proteína TAU no LCR: 1- Normal, 2- Aumentada, 3- Em análise, 4- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

49. Análise Genética (PRNP): 1- Presença de mutação (especificar), 2- Ausência de mutação, 3- Em análise, 4- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

50. Informar biópsia cerebral com Encefalopatia espongiiforme: 1- Ausente, 2- Presente, 3- Em análise, 4- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

51. Informar a Necrópsia cerebral com Encefalopatia Espongiiforme: 1- Ausente, 2- Presente, 3- Em análise, 4- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

52. Informar Imuno-histoquímica para proteína priônica patológica: 1- Negativa, 2- Positiva, 3- Em análise, 4- Não realizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

53. Informar a forma clínica: 1- DCJ Esporádica, 2- DCJ Hereditária, 3- DCJ Iatrogênica, 4- Nova variante (vDCJ). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

54. Informar a classificação da forma clínica: 1- Possível, 2- provável, 3- Definida. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

55. Informar a classificação final: 1- Confirmado, 2- Descartado, 3- Inconclusivo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

56. Informar a evolução: 1- Óbito do DCJ, 2- Outro diagnóstico (especificar), 3- Óbito por outras causas (especificar), 4- Inconclusivo, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

57. Informar data do óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 56= 1- Óbito do DCJ, ou 3- Óbito por outras causas.**

58. Informar a data do encerramento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Adicionar os resultados de outros exames informando Tipo Exame e Resultado se houver.

Observações e informações complementares.

