

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO 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/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° 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; 4= Pansexual; 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. 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).

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 ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Identifique a situação no mercado de trabalho: 1- Empregado registrado com carteira assinada, 2- Empregado não registrado, 3- Autônomo/conta própria, 4- Servidor público estatutário, 5- Servidor público celetista, 6- Aposentado, 7- Desemprego, 8- Trabalho temporário, 9- Cooperativado, 10- Trabalhador avulso, 11- Empregador, 12- Outros, 99- Ignorado . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Informar o tempo de trabalho na ocupação: 1- Hora, 2- Dias, 3- Meses, 4- Anos. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar o número de registro da empresa contratante com Código nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

36. Informar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

37. Informar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

38. Informar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39. Informar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Informar o endereço da empresa (rua, avenida...) **CAMPO DE PREENCHIMENTO**

OBRIGATÓRIO.

42. Informar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar um ponto de referência para localização da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Informar o telefone da empresa. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
45. Informar se a empresa contratante é empresa terceirizada: (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
46. Informar o tipo de exposição ao agente de risco se percutânea, mucosa (oral/ocular), pele íntegra, pele não íntegra, e/ou com outros (especificar) com a opções de resposta 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
47. Informar o tipo de material orgânico que o paciente teve contato no momento do acidente: 1- Sangue, 2- Líquor, 3- Líquido pleural, 4- Líquido ascítico, 5- Líquido amniótico, 6- Fluído com sangue, 7- Soro/plasma, 8- Outros (especificar), 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
48. Informar a circunstância em que ocorreu o acidente: 1- Administração de medicação endovenosa, 2- Administração de medicação intramuscular, 3- Administração de medicação subcutânea, 4- Administração de medicação intradérmica, 5- Punção venosa/arterial para coleta de sangue, 6- Punção venosa/arterial não especificada, 7- Descarte inadequado de material perfuro/cortante em saco de lixo, 8- Descarte inadequado de material perfuro/cortante em bancada, cama, chão, etc..., 9- Lavanderia, 10- Lavagem de material, 11- Manipulação de caixa com material perfuro/cortante, 12- Procedimento cirúrgico, 13- Procedimento odontológico, 14- Procedimento laboratorial, 15- Dextro, 16- Reencape, 98-Outros, 99- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
49. Informar o agente com o qual o trabalhador teve contato no acidente: 1- Agulha com lúmen (luz), 2- Agulha se lúmen/maciça, 3- Intracath, 4- Vidros, 5- Lâmina/lanceta (qualquer tipo), 6- Outros, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
50. Informar o houve uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tipo luva, avental, óculos, máscara, proteção facial, bota com as opções: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
51. Informar a situação vacinal do acidentado em relação às três doses de vacina contra hepatite B: 1- Vacinado, 2- Não vacinado, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO .**
52. Informar os resultados de exames (Anti-HIV, HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HCV) do

acidentado no momento do acidente (data zero): 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIA.**

53. Informar se paciente fonte era conhecido (1= sim, 2= não ou 9= ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

54. Informar qual o resultado dos testes sorológicos (Hbs Ag, Anti-HIV, Anti-HBc, Anti-HCV) caso o paciente for fonte conhecida: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

55. Informar qual foi a conduta no momento do acidente: sem indicação de quimioprofilaxia, recusou quimioprofilaxia indicada, AZT+3TC, AZT+3TC+Indinavir, AZT+3TC+Nelfinavir, Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG), vacina contra hepatite B, outro esquema de ARV (especificar) com a opções 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

56. Informar qual foi a evolução do caso: 1- Alta com conversão sorológica (especificar vírus), 2- Alta sem conversão sorológico, 3- Alta paciente fonte negativo, 4- Abandono, 5- Óbito por acidente com exposição a material biológico, 6- Óbito por outra causa, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

57. Informar a data em que ocorreu o óbito quando a resposta ao campo 56 for 5- Óbito por acidente com exposição a material biológico ou 6- Óbito por outra causa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

58. Informar se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) com 1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Observação e informações adicionais, informar caso haja informações relevantes ao caso.