

ESQUISTOSSOMOSE

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 data do início da investigação do caso, **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

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).

33. Informar a data em que foi realizado o exame de fezes (Coproscoopia), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar o exame de fezes pelo método quantitativo, anotar o número de ovos encontrado na lâmina. (0 – 0 (Zero), 1 – (Um) ou mais ovos), **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar se o exame de fezes foi realizado pelo método qualitativo, (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar se foram realizados outros tipos de exames. (1= Positivo, 2= Negativo ou 3= Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**

37. Especificar se foi utilizado outro método de diagnóstico diferente do exame de fezes, por exemplo: anátomo-patologia, biópsia dentre outros. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar se o paciente fez tratamento pela medicação específica utilizada pelo Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) (1= Sim – Praziquantel, 2= Sim, Oxaminiquine, 3= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

39. Informar a data de realização do tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 38=1 ou 2.**

40. Caso o paciente não tenha realizado o tratamento, informar o motivo. (1= Contra Indicação, 2= Recusa, 3= Ausente ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO A RESPOSTA AO 38 FOR 3 - NÃO.**

Informar o peso (kg) do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Informar se foi efetuada a verificação de cura, que consiste na realização de **três exames** de fezes em dias alternados após 4 meses da administração da medicação específica. (0 – 0 (zero), 1 – 1 (um) ou mais ovos, 2= não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar a data do resultado da 3ª amostra. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL**

43. Informar a classificação da forma clínica (1= Intestinal, 2= Hepato Intestinal, 3= Hepato Esplênica, 4= Aguda ou 5= Outra), Se o preenchimento do campo 43 for 5= outra, especificar no campo abaixo, **CAMPO ESSENCIAL**. Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.

44. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **PREENCHIMENTO ESSENCIAL**

45. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO ESSENCIAL**

46. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. **(CAMPO BLOQUEADO PÓIS JÁ VEM PREENCHIDO BRASIL)**.

47. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO ESSENCIAL**

48. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se **caso confirmado. CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se **caso confirmado. CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

50. Informar o nome da propriedade/localidade, se área rural, ex. Fazenda Dois Irmãos, Sítio Novo, etc. **CAMPO ESSENCIAL.**

51. Informar o nome da coleção hídrica identificada como local provável de infecção, ex; Lagoa do Mato, Fazenda Dois Irmãos no Município de Matatu. **CAMPO ESSENCIAL.**

* **Caso o endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo, Preencher o campo “endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo”.**

52. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelo contato com água ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias) (1=sim, 2=não ou 9= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

53. Informar a evolução do caso. (1= Cura, 2= Não Cura, 3= Óbito por esquistossomose, 4= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

54. Se óbito, preencher com a data da ocorrência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 53= 3 ou 4.**

55. Preencher com a data do encerramento da investigação do caso ex: 30/10/1999. **CAMPO ESSENCIAL.**

OBSERVAÇÃO: Informar observações ou dados complementares ao caso.