

HANSENÍASE

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/CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RAÇA , 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), Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica. **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.**

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, Para indivíduos menores de 56 anos o sistema preenche de forma automática com a resposta 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 para preenchimento, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= Homossexual; 3= Bissexual; 8= não se aplica ; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Mulher Cisgênero; 2= Homem cisgênero; 3= Mulher transgênero; 4= Homem transgênero; 5= Travesti, 6= Não binário, 7= 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 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 tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo da residência 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 ou paciente não reside no estado, 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 da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. O campo Geocampo 1 é de preenchimento automático pelo sistema.

25. O campo Geocampo 2 é de preenchimento automático pelo sistema.

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 o N° do prontuário. **CAMPO 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). **CAMPO ESSENCIAL.**

33. Informar N° de lesões cutâneas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar a forma clínica: 1- Indeterminada, 2- Tuberculóide, 3- Dimorfa, 4- Virchowiana, 5- Não classificado, 6- Neural primária. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. Informar a classificação operacional: 1- Paucibacilar, 2- Multibacilar. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

36. Informar o N° de nervos afetados. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

37. Informar Avaliação grau incapacidade física do diagnóstico: 0- Grau Zero, 1- Grau I, 2- Grau II, 3- Não avaliado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

38. Informar o modo de entrada: 1- Caso novo, 2- Transferência do mesmo município (outra unidade), 3- Transferência de outro município (mesma UF), 4- Transferência de outro Estado, 5- Transferência de outro País, 6- Recidiva, 7- Outros reingressos, 9- Ignorados. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39. Informar o modo de detecção do caso novo: 1- Encaminhamento, 2- Demanda espontânea, 3- Exame de coletividade, 4- Exame de contatos, 5- Outros modos, 9- Ignorados. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 38= 1- Caso novo.**

40. Informar a baciloscopia: 1- positiva, 2- Negativa, 3- Não realizada, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar se coletou amostra para teste rápido ML Flow (sorologia IgM): 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar a data da coleta para teste rápido ML Flow (sorologia IgM). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item anterior for 1-sim.**

Informar o resultado do para teste rápido ML Flow (sorologia IgM): 1- Positivo, 2- Negativo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando a resposta**

ao item se foi coletado amostra para teste rápido ML Flow (sorologia IgM) for 1-sim.

Informar se coletou amostra para qPCR: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar a data da coleta PCR. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item anterior for 1-sim.**

Informar o resultado do qPCR: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Inconclusivo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando a resposta ao item se foi coletado amostra para qPCR for sim.**

41. Informar a data do início do tratamento, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

42. Informar o esquema terapêutico inicial: 1- PQT/ PB/ 6doses, 2- PQT/MB/12 doses, 3- Outros esquemas substitutos. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar o N° de contatos registrados. **ESTE CAMPO SE PREENCHE DE FORMA AUTOMÁTICA QUANDO SE REGISTRA CONTATOS NA ABA CONTATOS APÓS SALVAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO.**

44. Informar episódio reacional: 1- Reação tipo I, 2- Reação tipo II, 3- Reação tipo I e II, 4- Sem episódio reacional, 5- Neurite isolada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Observações e informações adicionais.

Informar a ocupação DO INVESTIGADOR. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar o cartão do SUS/CPF do INVESTIGADOR. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar o nome completo do INVESTIGADOR. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar o nome da Unidade de saúde. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar o resultado da análise de duplicidade para fins de relatório: 1- Não listar, 2- Não Contar, 3- Vincular. **CAMPO ESSENCIAL.**

Informar o N° da notificação vinculada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Para fins de relatório

Ao final da ficha a mesma deverá receber código 1-não listar ou 2-não contar ou

3- vincular para fins de relatório:

Regras:

1-Não listar: o registro selecionado permanece na base de dados, apenas não é exibido no relatório de duplicidades. Só voltará a surgir caso seja notificado um novo registro com as mesmas variáveis de identificação.

2-Não Contar: Informa ao usuário para excluir da base de dados o registro selecionado. Esse procedimento é realizado quando a duplicidade é verdadeira.

3-Vincular: a ficha com modo de entrada caso novo e tipo de saída transferência será vinculada a ficha com modo de entrada transferência. Para esta vinculação ocorrer a ficha inicial modo de entrada caso novo fica sendo a ficha mãe. Todas as outras que tiverem o modo de entrada transferência deverão ser vinculadas a esta anotando –se nas fichas com modo de entrada transferência o número da ficha mãe (primeira com modo de entrada caso novo)