

## HEPATITES VIRAIS

### 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 a data do início da investigação do caso, **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 a suspeita de: 1- Hepatite A, 2- Hepatite B/C, 3 - Não especificada. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar se tomou vacina para: Hepatite A, Hepatite B. com as opções de resposta 1- Completa, 2- Incompleta, 3- Não vacinado, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Informar se paciente é institucionalizado em: 1- Creche, 2- Escola, 3- Asilo, 4- Empresa, 5- Penitenciária, 6- Hospital/clínica, 7- Outras, 8- Não institucionalizado, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar os agravos associados: HIV/Aids, outras DSTs. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

37. Informar o contato com paciente portador de HBV ou HBC: Sexual, Domiciliar (não sexual), Ocupacional com as respostas 1- Sim, há menos de seis meses, 2- Sim, há mais de seis meses, 3- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar se o paciente foi submetido ou exposto a: Medicamento injetáveis, Drogas inaláveis ou Crack, Drogas injetáveis, Água/alimento contaminado, Três ou mais parceiros sexuais, Transplante, Tatuagem/Piercing, Acupuntura, Tratamento cirúrgico, Tratamento Dentário, Hemodiálise, Outras, Acidente com material biológico, Transfusão de sangue/derivados. (1- Sim, há menos de seis meses, 2- Sim, há mais de seis meses, 3- Não, 9- Ignorado.). **CAMPO ESSENCIAL.**

39. Informar a data do acidente, transfusão ou transplante. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o local/município da exposição (unidade federativa, município, local da exposição, (DDD) telefone). **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Informar dados dos comunicantes: Nome, Idade, Tipo de contato (1- Não sexual/domiciliar, 2- Sexual/domiciliar, 3- Sexual/não domiciliar, 4- Uso de drogas, 5- Outro, 9- Ignorado), HBsAg (1- Reagente, 2- Não reagente, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 5- Ignorado), Anti-HBc total (1- Reagente, 2- Não reagente, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 5- Ignorado), Anti-HCV (1- Reagente, 2- Não regente, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 5- Ignorado), Indicado vacina contra Hepatite B (1- Sim, 2- Não, 3- Indivíduo já imune, 9-

Ignorado), Indicado imunoglobulina humana anti Hepatite B (1- Sim, 2- Não, 9- ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar paciente encaminhado de: 1- Banco de sangue, 2- Centro de testagem e aconselhamento (CTA), 3- Não se aplica. **CAMPO ESSENCIAL.**

43. Informar a data da coleta da amostra realizada em banco de sangue ou CTA. **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Informar resultado da sorologia do banco de sangue ou CTA: HBsAg, Anti HBc (total), Anti-HCV. (1- Reagente, 2- Não reagente, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado, 5- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Informar a data da coleta da sorologia/teste rápido. **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Informar resultados sorológico/viológicos: Anti-HAV – IgM, Anti-HBs, HBsAg, HBeAg, Anti-HEV – IgM, Anti-HBc – IgM, Anti-HBe, Anti-HCV, Anti-HBc (total), Anti-HDV (total), HCV-RNA. (1- Reagente/positivo, 2- Não Reagente/negativo, 3- Inconclusivo, 4- Não realizado). **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Informar a genótipo para HCVI: 1- Genótipo 1, 2- Genótipo 2, 3- Genótipo 3, 4- Genótipo 4, 5- Genótipo 5, 6- Genótipo 6, 7- Não se aplica, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar a classificação final: 1- Confirmação laboratorial, 2- Confirmação clínica-epidemiológica, 3- Descartado, 4- Cicatriz sorológica, 8- Inconclusivo. **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informar a forma clínica: 1- Hepatite aguda, 2- Hepatite Crônica/portador assintomático, 3- Hepatite fulminante, 4- Inconclusivo. **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informar a classificação etiológica: 1- Vírus A, 2- Vírus B, 3- Vírus C, 4- Vírus B e D, 5- Vírus E, 6- Vírus B e C, 7- Vírus A e B, 8- Vírus A e C, 9- Não se aplica, 99- Inconclusivo. **CAMPO ESSENCIAL.**

51. Informar provável fonte/mecanismo de infecção: 1- Sexual, 2- Transfusional, 3- Uso de drogas, 4- Vertical, 5- Acidente de trabalho, 6- Hemodiálise, 7- Domiciliar, 8- Tratamento cirúrgico, 9- Tratamento dentário, 10- Pessoa/pessoa, 11- Alimento/água contaminada, 12- Outros (especificar), 99- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

52. Informar data do encerramento. **CAMPO ESSENCIAL.**

**Observações e informações adicionais.**