

E-SUS/VS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃOSecretaria de Saúde do
Estado do Espírito SantoInfecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou
puérpera

Nº

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual			
	2 Agravado/doença		Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera			
	Código (CID10)		3 Data da Notificação			
	Z22.6					
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
DADOS DE RESIDÊNCIA	13 Raça/Cor		14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena		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 à 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 10- Não se aplica		16 Nome da mãe	
	1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado					
	17 UF		18 Município de Residência		19 DISTRITO	
INVESTIGADOR	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
()		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
Unidade de Saúde de Referência						
31 Data da Investigação		32 Classificação final		33 Critério de confirmação/descarte		
		1 - Confirmado 2 - Descartado		1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico		
34 O caso é autóctone do município de residência?		35 UF		36 País		
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
37 Município		38 Distrito		39 Bairro		
Código (IBGE)						
40 Doença relacionada ao trabalho		41 Evolução do caso		42 Data do Óbito		
1- Sim 2-Não 9- Ignorado		1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado				
43 Data do Encerramento						
OBSERVAÇÃO:						
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde		
Nome		Função		Assinatura		