

RAIVA HUMANA

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

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**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. Escolaridade: 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.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **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.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= 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 (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) 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 logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **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). **CAMPO ESSENCIAL**

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.**

-EMAIL: 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, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a data do início da investigação do caso, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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 o(s) tipo(s) de exposição ao vírus da raiva (arranhão, lambadura, mordedura, contato indireto), (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar a(s) localização(ões) da exposição ao vírus da raiva (mucosa, cabeça/pescoço, mãos, pés, tronco, membros superiores, membros inferiores), (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. Informar se o ferimento é 1= único, 2= múltiplo, 3= sem ferimento, 9= ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Informar o tipo de ferimento (profundo, superficial, dilacerante), 1= sim, 2= não, 9= ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

37. Informar com a data da exposição ao vírus da raiva (data da agressão pelo animal) **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

38. Informar se o paciente tem história de tratamento anti-rábico (pré-exposição, pós-exposição), 1= sim, 2= não, 9= ignorado. **CAMPO ESSENCIAL**

39. Informar o número de doses aplicadas.

40. Em caso afirmativo no campo 39, Informar com a data da última dose. **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Informar a espécie do animal agressor (1= canina, 2= felina, 3= quiróptera (morcego), 4= primata (macaco), 5= raposa, 6= herbívora, 7= outra -especificar no campo próprio, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

42. Informar se o animal é vacinado (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar se o paciente foi hospitalizado (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

44. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido.

45. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex. MG). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 45 for preenchido**

47. Informar o nome completo do hospital onde o paciente foi internado. **CAMPO ESSENCIAL quando a resposta ao campo 43 for 1- sim.** Atentar para o fato de haver duas vezes o 47 : um para hospitais do Espírito Santo e outro para hospitais de outra federação.

48. Informar os principais sinais e sintomas (aerofobia, hidrofobia, disfagia, parestesia, agressividade, paralisia, agitação psicomotora, febre, outros devendo-se especificar no campo próprio) apresentado pelo paciente (1= sim, 2= não, 9= ignorado).

49. Informar se o paciente foi submetido a tratamento anti-rábico atualmente (aplicação de vacina antirábica) com as opções 1=sim, 2= não, 9= ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

50. Informar com a data do início do tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 49 for 1= sim.**

51. Informar o número de doses aplicadas no tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 49 for 1= sim.**

52. Informar a data da primeira dose aplicada no tratamento **CAMPO ESSENCIAL**

53. Informar com a data da última dose aplicada no tratamento. **CAMPO ESSENCIAL**

54. Informar se foi administrado soro no tratamento (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

55. Informar com a data da aplicação do soro. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 54 for 1= sim.**

56. Informar a quantidade do soro aplicado (em ml).

57. Informar se houve infiltração de soro no (s) local (ais) do (s) ferimento (s), (1= sim, total, 2= sim, parcial, 3= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

58. Informar a técnica de exame laboratorial utilizada na confirmação do diagnóstico (imunofluorescência direta, prova biológica, histológico, imunofluorescência indireta), 1= positivo, 2= negativo, 3= inconclusivo, 4- não realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

59. Informar se houve identificação de variante viral **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 58 for 1= sim.**

60. Informar a classificação final do caso (1= confirmado, 2= descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo 71 estiver preenchido.**

61. Especificar o critério de confirmação do diagnóstico utilizado. **CAMPO ESSENCIAL**

Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.

62. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso confirmado**. Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o E-SUS/VS preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.

63. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

64. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção Campo de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se caso foi confirmado, infectado no Brasil ou no exterior, mas não é autóctone do município de residência

65. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**

66. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência**

67. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**

68. Informar a zona do local provável da fonte de infecção (1= urbana, 2= rural, 3= periurbana, 2= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

69. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

70. Em caso de óbito, informe a data de ocorrência do mesmo. **CAMPO ESSENCIAL.**

71. Informar a data do encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo 60 estiver preenchido.**

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.