

AIDS ADULTO (PACIENTES MAIORES QUE 13 ANOS)
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/VS.
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.º 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), **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.**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31. 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).

Provável modo de transmissão.

Provável modo de transmissão. Para informar o provável modo de transmissão deve-se ser considerado: contato sexual desprotegido, contato direto com sangue, que inclui compartilhamento de agulhas para injeção de drogas; transfusão de sangue e/ou hemoderivados; acidentes com material biológicos (ocupacionais ou não) que gerem contato direto destes com mucosas, com pele não íntegra e com tecidos profundos do corpo, permitindo o acesso à corrente sanguínea e transmissão vertical. Além disso, deve ser considerado o período de latência entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV(aids). As medianas desse período estão entre 3 a 10 anos, dependendo da via de infecção. É possível assinalar categoria de exposição sexual associada à sanguínea (Ex: relações sexuais com homens e uso de drogas injetáveis).

32. Transmissão vertical. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** 1- sim, 2- não, 9- ignorado.

1- Quando o provável modo de transmissão ocorreu da mãe/nutriz HIV+ para o filho/criança durante a gestação, parto ou amamentação.

2- O provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão vertical.

9- Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão foi atribuído à transmissão vertical.

33. Sexual. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais somente com homens.

2- Quando o provável modo de transmissão é atribuído somente relações sexuais com mulheres.

3- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais com homens e mulheres.

4- O provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão sexual.

9- Ignorado. Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão é atribuído à transmissão sexual.

34. Sanguínea. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- Uso de drogas injetáveis : Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao uso de drogas injetáveis.),). (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Tratamento/hemotransfusão para hemofilia : Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao tratamento para hemofilia.),). (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Transfusão sanguínea : Quando o provável modo de transmissão é atribuído à transfusão.),). (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses: Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses). (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** É necessária a investigação da transfusão para confirmação dessa categoria de exposição segundo a recomendação da vigilância sanitária referente à hemovigilância. É necessário que as recomendações do Ministério da Saúde relacionados a investigação do acidente sejam cumpridas para confirmação dessa categoria de exposição.

35. Data em que ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo “Transfusão Sanguínea” for igual a 1 ou “Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversão até 6 meses” for igual a 1.**

36. Unidade Federada do município onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” ou se no campo (Sanguínea) for assinalado” acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a “1”.**

37. Município onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” ou campo obrigatório se no**

campo (Sanguínea) for assinalado”acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a “1”

38. Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” ou campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado”acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses for igual a “1”.

39. Informar a conclusão da investigação da transfusão/acidente considerando as recomendações do Ministério da Saúde. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo “transfusão sanguínea” = 1 ou “acidente com material com posterior soroconversão até 6 meses” = 1. **Aceitar apenas os códigos listados.**

40. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV: (1= Positivo/reagente, 2= Negativo/não reagente, 3= Inconclusivo, 4= Não realizado, 5= Indeterminado). *Informar a data da coleta de cada exame, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

A.1 - A evidência laboratorial de infecção pelo HIV é definida por meio de algoritmos estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Portaria nº 59 de 28 de janeiro de 2003. No entanto, exclusivamente para fins de vigilância epidemiológica, será considerada evidência laboratorial de infecção pelo HIV

a existência de:

- i – 01 teste de triagem reagente;
- ii – 01 teste confirmatório positivo, ou;
- iii – 02 testes rápidos positivos.

A.2 - São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoabsorbância ligado à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência, entre outros.

São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot e Western blot.

A.3 - Os testes rápidos somente poderão ser realizados em serviços de saúde definidos pelo Ministério da Saúde (MS), que utilizarem o algoritmo de testes validado por este órgão governamental e de acordo com a Portaria nº 34/SVS/MS, de julho de 2005 (www.aids.gov.br/ Área Técnica/ Diagnóstico/ HIV/aids/ Algoritmo de teste rápido para diagnóstico do HIV).

41. Critério Rio de Janeiro/Caracas. Informar se o paciente tem sarcoma de kaposi (10), tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária (10), candidose oral ou leucoplasia pilosa (5), tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5), herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5),

disfunção do sistema nervoso (5), diarreia igual ou maior a 1 mês (2), febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2), caquexia ou perda de peso maior que 10% (2), astenia maior ou igual a 1 mês (2), dermatite persistente (2), anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2), tosse persistente ou qualquer pneumonia (excluída tuberculose como causa) (2), linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais, e por tempo maior ou igual a 1 mês (2). (1= sim, 2= não, 3= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

42. Critério CDC Adaptado. (câncer cervical invasivo, candidose de esôfago, candidose de traquéia, brônquios ou pulmão, citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos), criptococose extrapulmonar, criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês, herpes simples mucocutâneo > 1 mês, histoplasmosse disseminada, isosporidiose intestinal crônica > 1 mês, leucoencefalopatia multifocal progressiva, linfoma não Hodgkin e outros linfomas, linfoma primário do cérebro, micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase, pneumonia por pneumocystis carinii, reativação de doença de chagas (meningoencefalite e/ou miocardite), salmonelose (sepse recorrente não-tifóide), toxoplasmosse cerebral, contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³), (1= sim, 2= não, 9=ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Critério óbito (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

44. Unidade federada do município onde o indivíduo realiza o tratamento, **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Município onde o indivíduo realiza o tratamento, **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Unidade de saúde onde se realiza o tratamento, **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Evolução do caso, 1= vivo, 2= óbito por aids, 3= óbito por outras causas, 9= ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

48. Preencher com a data de óbito (dd/mm/aaaa). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando o campo 47= 2 ou 3.**

Observação, preencher com informações complementares ao caso.