



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

Nº SINAN

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO

--

CASO SUSPEITO: PACIENTES QUE APRESENTEM EXANTEMA MÁCULOPAPULAR PRURIGINOSO ACOMPANHADO DE DOIS OU MAIS DOS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS: FEBRE ou HIPEREMIA CONJUNTIVAL SEM SECREÇÃO E PRURIDO ou EDEMA PERIARTICULAR ou POLIARTRALGIA

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação	2 - INDIVIDUAL		
	2	Agravo/ Doença	Código (CID 10)	3	Data da Notificação
	4	U F	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7	Data dos Primeiros Sintomas

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
	13	Raça/ Cor			14	Escolaridade
	15	Número do Cartão SUS	16	Nome da Mãe		

DADOS DE RESIDÊNCIA	17	U F	18	Município de Notificação	Código (IBGE)	19	Distrito
	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	Pais (se residente fora do Brasil)	

DADOS LABORATORIAIS	31	ZIKA (exame sorológico IgM)	RESULTADO	32	ZIKA (isolamento Viral)	RESULTADO	
	33	Dengue (exame sorológico IgM)	RESULTADO	34	Outro Exame	ESPECIFICAR / RESULTADO	
	31	Data da Coleta	Reagente	Não Reagente	32	Data da Coleta	Reagente
	31		Inconclusivo	Não Realizado	32		Inconclusivo

DADOS COMPLEMENTARES	35	Data da Investigação		36	Ocupação	
	37	Descrever qual deslocamento ocorrido 15 dias antes dos primeiros sintomas				
		PAÍS	UF	MUNICÍPIO	DATA CHEGADA	DATA SAÍDA
	38	Antecedentes prévios de comorbidades		Especificar		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	39	Gestante		DUM data: ___/___/___		
		IG _____ semanas				
	40	Hospitalização		Data Internação	Hospital	Município
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
DADOS CLÍNICOS	41	Sinais e Sintomas				
		<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	
		<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Dor Retro Orbital	<input type="checkbox"/> Presença de Prurido	<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival	
		<input type="checkbox"/> Exantema	Data do Início: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Edema em Articulações ou Membros		
		<input type="checkbox"/> Febre	Data do Início: ___/___/___	Temperatura: _____		
		<input type="checkbox"/> Sinais Neurológica (parestesia, paralisia, dificuldade de deambulação, outros)				
	<input type="checkbox"/> Outros Sinais/ Sintomas: _____					
	42	Outras Informações Clínicas				
CONCLUSÃO	43	Local Provável da Fonte de Infecção				
		O Caso é Autóctone do Município de Residência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indeterminado				
		País	UF	Município de Notificação	Código (IBGE)	Bairro
	44	Doença Relacionada ao Trabalho		45	Classificação Final	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado	
				46	Critério de Confirmação / Descarte	
					<input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Clínico / Epidemiológico	
	47	Evolução do Caso		48	Data do Óbito	
		<input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Evolução Crônica				
		<input type="checkbox"/> Óbito pelo Agravo Notificado <input type="checkbox"/> Óbito por Outras Causas				
					49	
OBSERVAÇÃO	50	Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na presente ficha de investigação				
INVESTIGADOR	51	Município	Código (IBGE)	52	Unidade de Saúde	Código (CNES)
	53	Nome do Responsável pela Investigação		Função	Assinatura	