



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	Agravado/ 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	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11	Sexo M-Masculino F-Feminino I-Ignorado	12	Gestante 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se Aplica 9-Ignorado		13	Raça/ Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-ignorado	
	14	Escolaridade 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-Ensino Superior Incompleto 8-Educação Superior Completo 9-Ignorado 10-Não Se Aplica									
	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 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 4- Ignorado				30	Pais (se residente fora do Brasil)	

DADOS LABORATORIAIS	31	ZIKA (exame sorológico IgM)		RESULTADO		32	ZIKA (isolamento Viral)		RESULTADO	
	Data da Coleta		<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente			Data da Coleta		<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente
			<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não Realizado					<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não Realizado
33	Dengue (exame sorológico IgM)		RESULTADO		34	Outro Exame		ESPECIFICAR / RESULTADO		
Data da Coleta		<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente			Data da Coleta				
		<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não Realizado							

DADOS COMPLEMENTARES	35	Data da Investigação	36	Ocupação			
	37	Descrever qual deslocamento ocorrido 15 dias antes dos primeiros sintomas					
		PAÍS	UF	MUNICÍPIO	DATA CHEGADA		
	38	Antecedentes prévios de comorbidades		Especificar			
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
	39	Gestante					
		IG _____ semanas		DUM data: ___/___/___			
	40	Hospitalização		Data Internação			
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Hospital			
				Município			
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		<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Evolução Crônica	48	Data do Óbito	
	<input type="checkbox"/> Óbito pelo Agravo Notificado		<input type="checkbox"/> Óbito por Outras Causas		<input type="checkbox"/> Data do Encerramento		
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	