



**SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
HEPATITES VIRAIS - FICHA DE INVESTIGAÇÃO**

Nº

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterício:
- * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- * Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- * Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- * Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- * Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:
- * Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO/DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	HEPATITES VIRAIS		B 19	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	
SP	CAMPINAS	350950		
6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	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
	1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANO <input type="checkbox"/>	M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO <input type="checkbox"/>	1 - 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 2 - 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA <input type="checkbox"/> 5 - NÃO <input type="checkbox"/> 6 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
14 ESCOLARIDADE		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) <input type="checkbox"/>		
		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA <input type="checkbox"/>		
		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA <input type="checkbox"/>		
		9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
		10 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 NOME DA MÃE		

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	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 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	
		1 - URBANA <input type="checkbox"/> 2 - RURAL <input type="checkbox"/> 3 - PERIURBANA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
	33 SUSPEITA DE:		34 TOMOU VACINA PARA:	
	1 - HEPATITE A <input type="checkbox"/> 2 - HEPATITE B/C <input type="checkbox"/> 3 - NÃO ESPECIFICADA <input type="checkbox"/>		1 - COMPLETA <input type="checkbox"/> 2 - INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 3 - NÃO VACINADO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> HEPATITE A <input type="checkbox"/> HEPATITE B	
35 INSTITUCIONALIZADO EM				
1 - CRECHE <input type="checkbox"/> 2 - ESCOLA <input type="checkbox"/> 3 - ASILO <input type="checkbox"/> 4 - EMPRESA <input type="checkbox"/> 5 - PENITENCIÁRIA <input type="checkbox"/> 6 - HOSPITAL/CLÍNICA <input type="checkbox"/> 7 - OUTRAS <input type="checkbox"/> 8 - NÃO INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				
36 AGRAVOS ASSOCIADOS		37 CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE HBV OU HBC		
1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/> DOMICILIAR (NÃO SEXUAL) <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL		
		<input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> OUTRAS DSTS		
		1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES <input type="checkbox"/> 3 - NÃO <input type="checkbox"/> 2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		

38 O PACIENTE FOI SUBMETIDO OU EXPOSTO A

1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES

2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES

3 - NÃO

9 - IGNORADO

- MEDICAMENTOS INJETÁVEIS
- DROGAS INALÁVEIS OU CRACK
- DROGAS INJETÁVEIS
- ÁGUA/ALIMENTO CONTAMINADO
- TRÊS OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS
- TRANSPLANTE

- TATUAGEM/PIERCING
- ACUPUNTURA
- TRATAMENTO CIRÚRGICO
- TRATAMENTO DENTÁRIO
- HEMODIÁLISE
- OUTRAS

- ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO
- TRANSFUSÃO DE SANGUE /DERIVADOS

39 DATA DO ACIDENTE OU TRANSFUSÃO OU TRANSPLANTE

**40 LOCAL/ MUNICÍPIO DA EXPOSIÇÃO (PARA SUSPEITA DE HEPATITE A - LOCAL REFERENCIADO NO CAMPO 35)
(PARA SUSPEITA DE HEPATITE B/C - LOCAL DE HEMODIÁLISE, TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS, TRANSPLANTE, ETC.)**

UF	MUNICÍPIO DE EXPOSIÇÃO	LOCAL DE EXPOSIÇÃO	FONE

41 DADOS DOS COMUNICANTES

NOME	IDADE D-DIAS M-MESES A-ANOS	TIPO DE CONTATO 1-NÃO SEXUAL/DOMICILIAR 2-SEXUAL/DOMICILIAR 3-SEXUAL/NÃO DOMICILIAR 4-USO DE DROGAS 5-OUTRO 9-IGNORADO	HBsAg 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HBc total 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HCV 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	INDICADO VACINA CONTRA HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 3-INDIVÍDUO JÁ IMUNE 9-IGNORADO	INDICADO IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

42 PACIENTE ENCAMINHADO DE

- 1 - BANCO DE SANGUE
- 2 - CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)
- 3 - NÃO SE APLICA

43 DATA DA COLETA DA AMOSTRA REALIZADA EM BANCO DE SANGUE OU (CTA)

44 RESULTADO DA SOROLOGIA DO BANCO DE SANGUE OU CTA

- 1 - REAGENTE
 - 2 - NÃO REAGENTE
 - 3 - INCONCLUSIVO
 - 4 - NÃO REALIZADO
 - 9 - IGNORADO
- HBsAg
 Anti HBc (TOTAL)
 Anti-HCV

45 DATA DA COLETA DA SOROLOGIA

46 RESULTADOS SOROLÓGICOS / VIROLÓGICOS

- 1 - REAGENTE/POSITIVO 2 - NÃO REAGENTE / NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
- Anti-HAV - IgM Anti-HBs Anti -HDV - IgM
 - HBsAg HBeAg Anti -HEV - IgM
 - Anti-HBc IgM Anti-HBe Anti-HCV
 - Anti -HBc (Total) Anti -HDV Total HCV-RNA

47 GENÓTIPO PARA HCV

- 1 - GENÓTIPO 1
- 2 - GENÓTIPO 2
- 3 - GENÓTIPO 3
- 4 - GENÓTIPO 4
- 5 - GENÓTIPO 5
- 6 - GENÓTIPO 6
- 7 - NÃO SE APLICA
- 9 - IGNORADO

48 CLASSIFICAÇÃO FINAL

- 1 - CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL
- 2 - CONFIRMAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
- 3 - DESCARTADO
- 4 - CICATRIZ SOROLÓGICA
- 8 - INCONCLUSIVO

49 FORMA CLÍNICA

- 1 - HEPATITE AGUDA
- 2 - HEPATITE CRÔNICA/PORTADOR ASSINTOMÁTICO
- 3 - HEPATITE FULMINANTE
- 4 - INCONCLUSIVO

50 CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

- 01 - VÍRUS A
- 02 - VÍRUS B
- 03 - VÍRUS C
- 04 - VÍRUS B E D
- 05 - VÍRUS E
- 06 - VIRUS B E C
- 07 - VIRUS A E B
- 08 - VIRUS A E C
- 09 - NÃO SE APLICA
- 99 - IGNORADO

51 PROVÁVEL FONTE / MECANISMO DE INFECÇÃO

- 01 - SEXUAL
- 02 - TRANSFUSIONAL
- 03 - USO DE DROGAS
- 04 - VERTICAL
- 05 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 06 - HEMODIÁLISE
- 07 - DOMICILIAR
- 08 - TRATAMENTO CIRÚRGICO
- 09 - TRATAMENTO DENTÁRIO
- 10 - PESSOA / PESSOA
- 11 - ALIMENTO/ÁGUA CONTAMINADA
- 12 - OUTROS:
- 99 - IGNORADO

52 DATA DO ENCERRAMENTO

OBSERVAÇÕES:

MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE

NOME

FUNÇÃO

ASSINATURA