República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação
1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 Agravo/doença

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

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
1 - Hora
2 - Dia
3 - Mês
4 - Ano

11 Sexo
M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

12 Gestante
1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre
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 9- 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 à 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 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Notificação de Surto

17 Data dos 1OS Sintomas do 1º Caso Suspeito

18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos

19 Local Inicial de Ocorrência do Surto
1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola
4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria
7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____

Dados de Residência

20 UF

21 Município de Residência

Código (IBGE)

22 Distrito

23 Bairro

24 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

25 Número

26 Complemento (apto., casa, ...)

27 Geo campo 1

28 Geo campo 2

29 Ponto de Referência

30 CEP

31 (DDD) Telefone

32 Zona
1 - Urbana 2 - Rural
3 - Periurbana 9 - Ignorado

33 País (se residente fora do Brasil)

Notificante

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual

01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia

02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra

03 Especificar tipo de exame :

04 Óbito ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

05 Contato com caso semelhante ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

06 Presença de exantema ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

07 Data do início do exatema

08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

09 Foi realizado líquor ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

10 Resultado da bacterioscopia :

11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

12 Data da última dose tomada

13 Ocorreu hospitalização ? ☐
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

14 Data da hospitalização

15 UF

16 Munícipio do hospital

Código (IBGE)

17 Nome do hospital

Código

Notificação Surto

18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação

1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:_____

2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:_____

Local prov. infecção

19 Local provável de infecção (classificação provisória)

País:_____ UF ☐☐ Município:_____

Distrito :_____ Bairro:_____