

INTOXICAÇÃO EXÓGENA
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

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.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
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 CHAVE.**
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.**
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. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-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). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa 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 ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
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 ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
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 código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar a data do início da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. 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). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Informe a Relação de Trabalho do paciente, usando o código correspondente. Ex: 06 (Aposentado). **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Informe o Local de ocorrência da exposição. Ex. 1 (Residência) **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informe o nome completo do Local de Exposição do paciente (empresa, sítio, fazenda, etc.). **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Informe o código da atividade econômica (CNAE) exercida no momento da exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Informar a sigla da Unidade Federada da residência do paciente (Ex. BA). **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informe o Nome (completo) do Município onde ocorreu a exposição e o código correspondente ao município, segundo cadastro do IBGE. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Informe o Nome (completo) do Distrito onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Informe o nome completo do Bairro ou Localidade (sítio, fazenda, etc.) onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Informe o Endereço (completo) do local onde ocorreu a exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Informe o número do endereço do estabelecimento. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.), nome completo ou código correspondente do logradouro do local de ocorrência. **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Informe um Ponto de Referência que facilite a localização do endereço do local de ocorrência da exposição. Ex: Próximo à entrada para o sítio Bom Conselho
45. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) do local de ocorrência da exposição (Ex. CEP: 70.036-030). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Informe o Telefone para contato do local de ocorrência da exposição.
47. Informe se o referido distrito pertence à Zona, usando o código correspondente. Ex: 2 (Rural). **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Informe o país de exposição se a ocorrência for fora do Brasil. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Informe o grupo do agente tóxico/classificação geral – registrar um ou mais grupos de agente tóxico de acordo com a correspondência das substâncias envolvidas na exposição. **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informe o agente tóxico relacionando os campos o nome comercial/popular e princípio ativo (em caso de agrotóxicos existe a tabela para seleção automática). **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informe se agrotóxico, qual a finalidade da utilização, Ex. 1. Inseticida (controle de insetos, larvas, formigas, etc.).
52. Informe se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual (escolher até 3 opções segundo a importância).
53. Informe se agrotóxico/uso agrícola, qual a cultura/lavoura, escrever o nome da cultura ou lavoura na qual o agrotóxico foi ou estava sendo aplicado. **(tabela de culturas)**
54. Informe a via de exposição/contaminação (escolher até 3 opções segundo a importância). **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Informe a circunstância da exposição/contaminação, Ex. 01 (Uso habitual). **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Informe se a exposição foi durante a atividade laboral (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Informe o tipo de exposição - Assinalar segundo corresponda ao caso, Ex. 1- Aguda-única (como exposição única). **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Informe o tempo decorrido entre a exposição e o atendimento – assinalar o Intervalo de tempo em horas (H), dias (D), meses (M) ou ano (A) e ignorado entre a exposição ao produto. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Informe o tipo do atendimento – assinalar a categoria que corresponda ao local onde foi realizado o atendimento. Ex. 1-Hospitalar. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Informe se houve Internação hospitalar. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
61. Informe a data da internação.
62. Informe o código da unidade federada.
63. Informe Anotar o nome do município onde se localiza a Unidade de Saúde que realizou o atendimento.
64. Informe o nome completo da Unidade de Saúde que realizou o atendimento do caso suspeito de intoxicação.
65. Informe a classificação final do caso. Ex. 1- Intoxicação confirmada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 71 estiver preenchido.
66. Informe o diagnóstico final e o código respectivo segundo a CID10. **CAMPO ESSENCIAL**, quando campo 65= 1
67. Informe o critério de confirmação, Ex. 1- Clínico Laboratorial. **CAMPO ESSENCIAL.**
68. Informar a evolução do caso, Ex. 1- Cura. **CAMPO ESSENCIAL.**
69. Informar a data do óbito, Ex. dd/mm/aaaa. **CAMPO ESSENCIAL**, quando campo 68= 3.
70. Informar se houve emissão da comunicação de acidente de trabalho - CAT (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
71. Data do encerramento do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 65 estiver preenchido.

Informações complementares e observações adicionais.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.