



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

DICIONÁRIO DE DADOS – GO DATA

EXPORTAÇÃO XLS/XLSX/CSV DA NOTIFICAÇÃO DE ESPOROTRICOSE HUMANA

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
ABA PESSOAL			
-	Nome completo*	Texto	Nome completo do paciente.
-	Nome completo da mãe*	Texto	Nome completo da mãe do paciente.
-	Nome social	Texto	Nome social do paciente, se aplicável.
-	Sexo ao nascimento	Texto	Sexo do paciente (Feminino, Intersexo, Masculino).
-	Gestante	Texto	Situação de gravidez (Ignorado, Não grávida, 1º Trimestre, etc.).
-	Idade e data de nascimento	Texto	Idade ou data de nascimento do paciente.
-	Identificador do caso*	Texto/Número	Número da coleta do exame no GAL.
-	Usuário atribuído*	Texto	Nome do usuário responsável pela notificação no sistema GoData.
-	Tipo de documento*	Texto	Tipo de documento (Cartão de Vacinação, CPF, etc.).
-	Número de documento*	Texto/Número	Número do documento do paciente.
SUBTÍTULO: Endereço			
-	Endereço de residência*	Texto	Endereço de residência do paciente.
-	Endereço de e-mail	Texto	E-mail do paciente.
-	Número de telefone	Texto/Número	Telefone do paciente.
-	Local*	Texto	Cidade do endereço do paciente.
-	Bairro	Texto	Bairro do endereço do paciente.
-	CEP	Texto/Número	CEP do endereço do paciente.
-	Logradouro e número	Texto	Nome da rua e número do endereço do paciente.
-	Latitude*	Número	Latitude da localização do paciente.
-	Longitude*	Número	Longitude da localização do paciente.
ABA EPIDEMIOLOGIA			
-	Classificação*	Texto	Classificação do caso (Confirmado, Provável, Suspeito, Descartado).
-	Data de início dos sintomas*	Data	Data em que os sintomas começaram.
-	Status da investigação do caso	Texto	Status da investigação (Em andamento, Encerrada, Não investigado).
-	Data de conclusão da investigação*	Data	Data em que a investigação foi concluída.
-	Evolução Clínica	Texto	Evolução clínica do caso (Ignorado, Óbito por outras causas, Vivo).
-	Data da evolução clínica	Data	Data da última evolução clínica.
-	Data de notificação*	Data	Data em que a notificação foi realizada.
-	Situação final do acompanhamento	Texto	Situação final do acompanhamento (Em acompanhamento, Concluído, etc.).

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
ABA QUESTIONÁRIO			
SUBTÍTULO: Dados de notificação			
1	Município/UF de notificação*	Texto	Município e UF onde a notificação foi realizada.
1.1	Qual município?*	Texto	Município onde a notificação foi realizada.
2	Unidade de Saúde*	Texto	Nome da unidade de saúde ou fonte notificadora.
3	Código CNES da unidade notificadora	Texto/Número	Código CNES da unidade de saúde que notificou o caso.
SUBTÍTULO: Dados do indivíduo			
4	Data de nascimento	Texto/Número	Data de nascimento da pessoa notificada.
5	É estrangeiro?*	Texto	Indica se o paciente é estrangeiro (Sim/Não).
5.1	Qual país de nascimento?	Texto	País de nascimento, se estrangeiro.
6	Raça/cor*	Texto	Raça/cor do paciente (Branca, Preta, Amarela, etc.).
7	Escolaridade*	Texto	Nível de escolaridade do paciente.
SUBTÍTULO: Dados de residência			
8	Caso reside em outro município?	Texto	Indica se o paciente reside em outro município (Sim/Não).
8.1	Qual município?	Texto	Município de residência, se diferente do município de notificação.
9	Zona	Texto	Zona do endereço (Urbana, Rural, Periurbana, Ignorado).
SUBTÍTULO: Dados ocupacionais			
10	Local de trabalho	Texto	Local de trabalho do paciente.
11	Endereço do local de trabalho	Texto	Endereço do local de trabalho.
12	Telefone	Texto/Número	Telefone do paciente.
13	Ocupação*	Texto	Ocupação do paciente.
14	Exposição Ocupacional*	Texto	Indica se houve exposição ocupacional (Sim/Não).
15	Contato com plantas*	Texto	Indica se o paciente tem contato com plantas (Sim/Não/Talvez).
SUBTÍTULO: Dados clínicos			
16	Investigação do caso*	Texto	Tipo de investigação (Caso novo, Recidiva, Reinfecção, etc.).
17	Comorbidades	Texto	Comorbidades do paciente (HIV/AIDS, Diabetes, etc.).
17.1	Quais outras comorbidades?	Texto	Outras comorbidades não listadas.
18	Presença de lesão na pele e/ou linfonodomegalia?*	Texto	Indica se há lesão na pele ou linfonodomegalia (Sim/Não).
18.1	Característica clínica	Texto	Característica clínica da lesão (Pápula, Úlcera, Linfonodomegalia, etc.).
18.1.1	Qual outra característica clínica?	Texto	Outra característica clínica não listada.
18.1.2	Localização da lesão e/ou linfonomegalia*	Texto	Localização da lesão (Membro superior, Cabeça, Pescoço, etc.).
18.1.2.1	Qual outra localização?	Texto	Descrever a localização da lesão que não está listada nas opções anteriores.
19	Forma clínica*	Texto	Forma clínica da esporotricose (Cutânea localizada, Extracutânea, etc.).
19.1	Localização da doença (forma extracutânea)	Texto	Localização da doença extracutânea.
SUBTÍTULO: Dados laboratoriais			
20	Houve coleta de exames laboratoriais?*	Texto	Indica se houve coleta de exames (Sim/Não/Não informado).
20.1	Quais exames foram coletados?	Texto	Exames coletados (Citológico, Cultura, Histopatologia, etc.).
20.1.1	Data da coleta (exame citológico/micológico direto)	Data	Data da coleta do exame citológico/micológico.
20.1.1.2	Resultado (exame citológico/micológico direto)	Texto	Resultado do exame (Positivo, Negativo, Pendente).
20.1.1.1	Data da coleta (cultura direta)	Data	Data da coleta da cultura direta.
20.1.1.2	Resultado (cultura direta)	Texto	Resultado da cultura direta (Positivo, Negativo, Pendente).
20.1.1.1	Data da coleta (histopatologia)	Data	Data da coleta do exame histopatológico.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
20.1.1.1.2	Resultado (histopatologia)	Texto	Resultado do exame histopatológico (Positivo, Negativo, Pendente).
20.1.1.1.1	Data da coleta (sorologia)	Data	Data da coleta do exame sorológico.
20.1.1.1.2	Resultado (sorologia)	Texto	Resultado do exame sorológico (Positivo, Negativo, Pendente).
20.1.1.1.1	Data da coleta (teste rápido Sporothrix)	Data	Data da coleta do teste rápido para Sporothrix.
20.1.1.1.2	Resultado (teste rápido Sporothrix)	Texto	Resultado do teste rápido para Sporothrix (Positivo, Negativo, Pendente).
20.1.1.1.1	Data da coleta (teste rápido HIV/AIDS)	Data	Data da coleta do teste rápido para HIV/AIDS.
20.1.1.1.2	Resultado (teste rápido HIV/AIDS)	Texto	Resultado do teste rápido para HIV/AIDS (Positivo, Negativo, Pendente).
SUBTÍTULO: Esquema terapêutico			
21	Esquema terapêutico	Texto	Esquema terapêutico utilizado (Itraconazol, Anfoterecina B, etc.).
21.1.1	Data da prescrição (Itraconazol)	Data	Data da prescrição do Itraconazol.
21.1.2	Tempo previsto de tratamento (Itraconazol)	Texto	Tempo previsto de tratamento com Itraconazol.
21.1.3	Dose total administrada (Itraconazol)	Texto	Dose total administrada de Itraconazol.
21.1.4	Data de início (Itraconazol)	Data	Data de início do tratamento com Itraconazol.
21.1.5	Data de término (Itraconazol)	Data	Data de término do tratamento com Itraconazol.
21.1.1	Data da prescrição (Anfoterecina B)	Data	Data da prescrição da Anfoterecina B.
21.1.2	Tempo previsto de tratamento (Anfoterecina B)	Texto	Tempo previsto de tratamento com Anfoterecina B.
21.1.3	Dose total administrada (Anfoterecina B)	Texto	Dose total administrada de Anfoterecina B.
21.1.4	Data de início (Anfoterecina B)	Data	Data de início do tratamento com Anfoterecina B.
21.1.5	Data de término (Anfoterecina B)	Data	Data de término do tratamento com Anfoterecina B.
21.1.1	Data da prescrição (Terbinafina)	Data	Data da prescrição da Terbinafina.
21.1.2	Tempo previsto de tratamento (Terbinafina)	Texto	Tempo previsto de tratamento com Terbinafina.
21.1.3	Dose total administrada (Terbinafina)	Texto	Dose total administrada de Terbinafina.
21.1.4	Data de início (Terbinafina)	Data	Data de início do tratamento com Terbinafina.
21.1.5	Data de término (Terbinafina)	Data	Data de término do tratamento com Terbinafina.
21.1.1	Data da prescrição (Iodeto de potássio)	Data	Data da prescrição do Iodeto de potássio.
21.1.2	Tempo previsto de tratamento (Iodeto de potássio)	Texto	Tempo previsto de tratamento com Iodeto de potássio.
21.1.3	Dose total administrada (Iodeto de potássio)	Texto	Dose total administrada de Iodeto de potássio.
21.1.4	Data de início (Iodeto de potássio)	Data	Data de início do tratamento com Iodeto de potássio.
21.1.5	Data de término (Iodeto de potássio)	Data	Data de término do tratamento com Iodeto de potássio.
21.1.1	Data da prescrição (Fluconazol)	Data	Data da prescrição do Fluconazol.
21.1.2	Tempo previsto de tratamento (Fluconazol)	Texto	Tempo previsto de tratamento com Fluconazol.
21.1.3	Dose total administrada (Fluconazol)	Texto	Dose total administrada de Fluconazol.
21.1.4	Data de início (Fluconazol)	Data	Data de início do tratamento com Fluconazol.
21.1.5	Data de término (Fluconazol)	Data	Data de término do tratamento com Fluconazol.
SUBTÍTULO: Exposição provável			
22	História de corte, lesão ou trauma por plantas?*	Texto	Indica se houve corte, lesão ou trauma por plantas (Sim/Não/Talvez).
23	Frequentou locais de mata?*	Texto	Indica se o paciente frequentou locais de mata (Sim/Não).
23.1.1	Quais locais?	Texto	Locais frequentados pelo paciente (Mata, Floresta, Rios, etc.).
23.1.1.1	Quais outros locais?	Texto	Outros locais frequentados pelo paciente.
24	Teve contato com animais?*	Texto	Indica se o paciente teve contato com animais (Sim/Não).
24.1.1	Quais animais?	Texto	Animais com os quais houve contato (Cães, Gatos, Equinos, etc.).
24.1.1.1	Quais outros animais?	Texto	Outros animais com os quais houve contato.
24.1.2	Tipo de contato com animais?*	Texto	Tipo de contato (Mordedura, Arranhadura, Lamedura, etc.).

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
24.1.2.1.1	Quais outros tipos de contato?	Texto	Outro tipo de contato com animais.
24.1.3	Relação com o animal*	Texto	Relação do paciente com o animal (Tratador, Proprietário, etc.).
24.1.3.1.1	Qual outra relação com o animal?	Texto	Outra relação do paciente com o animal.
24.1.4	Condição clínica do animal	Texto	Condição clínica do animal (Sadio, Doente, Morto, etc.).
24.1.4.1.1	Especifique a doença e/ou sinais e sintomas do animal*	Texto	Descrição da doença ou sintomas do animal.
24.1.4.1.2	Animal fez exame de esporotricose?*	Texto	Indica se o animal fez exame de esporotricose (Sim/Não/Ignorado).
24.1.4.1.2.1.1	Qual resultado do exame?*	Texto	Resultado do exame de esporotricose do animal (Positivo, Negativo, Pendente).
SUBTÍTULO: Conclusão			
25	Critério de confirmação/descarte*	Texto	Critério utilizado para confirmar ou descartar o caso (Laboratorial/Clinico-epidemiológico).
26	O caso é autóctone do município de residência?*	Texto	Indica se o caso é autóctone (Sim/Não/Indeterminado).
SUBTÍTULO: Dados complementares do caso			
27	Observações	Texto	Observações adicionais sobre o caso.
28	Anexos	Texto	Fotos ou documentos anexados à ficha.