

B - Instrutivo para investigação de óbitos suspeitos por arboviroses - dengue, chikungunya e zika - UNIDADES DE SAÚDE

Dados de Identificação do Paciente Suspeito de Arbovirose

Nº	Variável	Descrição	Orientação
DI.01	Nº SINAN	Número de notificação do SINAN - Sequência numérica de sete dígitos disponibilizada pelo SINAN estadual para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Unidades Hospitalares com Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) instituída.	Esta sequência numérica é de acordo com a norma seguida no âmbito municipal pela Vigilância Epidemiológica/Vigilância em Saúde/SINAN. Deverá apresentar numeração única para cada registro, de acordo com orientação do interlocutor do SINAN estadual.
DI.02	Nº do GAL	Número de registro do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL - Sequência de onze números onde os dois primeiros dígitos corresponde ao dois últimos número do ano de cadastro no sistema.	Ex.: Se o ano de cadastro for 2018 então a sequência numérica do registro no sistema GAL iniciará com 1800000000 . Este registro é gerado após cadastro na amostra no sistema GAL pelo laboratório responsável.
DI.03	Nome do paciente	Nome completo do paciente suspeito de arbovirose que evoluiu ao óbito	Escrever nome completo do falecido conforme registrado no prontuário. Se recém-nascido (RN) sem registro, escrever RN mais nome completo da mãe conforme registrado no prontuário.
DI.04	Data nascimento	Dia, mês e ano da ocorrência do óbito	Anotar dia, mês e ano da ocorrência do óbito. Usar formato dd/mm/aaaa conforme registro no prontuário.
DI.05	Idade	Idade do paciente	Escrever idade do paciente conforme data de nascimento registrado no prontuário, destacando entre colchetes D- Dia M - Mês ou A - Ano . Ressalta-se a importância da informação da idade (em dias) para óbitos suspeitos de neonatos e recém-nascidos.
DI.06	Sexo	Identificar sexo masculino ou feminino	Marcar com "X" nos colchetes masculino ou feminino.
DI.07	Nome da mãe	Nome completo da mãe do paciente	Escrever nome completo do paciente conforme prontuário
DI.08	Endereço	Dados do local de residência completo do paciente	Escrever detalhadamente as informações do endereço: rua, beco, avenida, ... e nº
DI.09	Bairro	Subdivisão da área urbana de um município	Escrever o nome do bairro sem abreviação
DI.10	Município de residência	Município de residência do paciente.	Descrever o município de residência do paciente investigado.
DI.11	UF	UF – Unidade Federativa	Descrever a UF de residência do paciente investigado.
DI.12	Telefone	Telefone de contato com DDD	Escrever número de telefone fixo ou móvel para qualquer esclarecimento futuros.
DI.13	Ponto de referência	Pontos de referência que possa localizar o endereço de residência do paciente	Escrever detalhadamente as informações de pontos de referência (estabelecimento, comunidade, residência de pessoa conhecida, entre outros, na área que possa auxiliar na localização da residência)

Dados de atendimento/internação

Nº	Variável	Descrição	Orientação
IT.01	Nome do serviço de saúde	Nome completo da unidade de Saúde	Escrever nome completo da unidade de saúde responsável pelo atendimento ao paciente
IT.02	Município do serviço de saúde	Município referente a unidade de saúde	Descrever o município de localização da unidade de saúde responsável pelo atendimento ao paciente investigado.
IT.03	Tipo de Atendimento	Marcar (X) no tipo de atendimento realizado se ambulatorial ou internação	Atendimento Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços executáveis em consultório ou ambulatório. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.
IT.04	Data de admissão	Anotar a data de entrada na unidade de saúde	Anotar dia, mês e ano da ocorrência do evento. Usar formato dd/mm/aaaa
IT.05	Hipótese diagnóstica	Marcar (X) na hipótese diagnóstica arbovirose relatada pelo médico durante o atendimento e/ou descrever demais hipóteses.	Descrever todas as hipótese diagnóstica relatada pelo médico durante o atendimento.

História Prévia

Nº	Variável	Descrição	Orientação
HP.01	Houve atendimento prévio em serviço de saúde	Marcar (X) nas alternativas correspondente ao atendimento anterior em, relatado no prontuário	Considerar as unidades de saúde a partir do início dos sintomas.
HP.02	Se sim, especificar o nome da unidade e Município /UF	Escrever o nome da (s) unidade(s) de saúde onde houve atendimento prévio	Considerar as unidades de saúde início dos sintomas

Dados Clínicos

Nº	Variável	Descrição	Orientação
DC.01	Data de início dos sintomas	Qual a data provável de início dos sintomas	Anotar dia, mês e ano da ocorrência do evento. Usar formato dd/mm/aaaa
DC.02	Primeiro sintoma	Descrever o primeiro sintoma relatado conforme a hipótese diagnóstica suspeita.	Considerar apenas os sintomas referente ao primeiro dia de início de sintomas
DC.03	Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais especificar	Registro de presença de comorbidade ou condições clínicas especiais.	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
	Gestante	Considerar quando a suspeita de arbovirose ocorrer durante o período de gravidez.	
	Puérpera	Considerar quando a suspeita de arbovirose ocorrer após o parto.	
	Hipertensão Arterial Sistêmica	Considerar pressão igual ou maior que 140x90 por um longo período.	

	Diabetes	Considerar relato familiar ou exame laboratorial com glicose elevada.	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
	Doença renal crônica	Considerar quem já realizou ou realiza hemodiálise	
	Doença ácido péptica	Considerar sintomas semelhantes à úlcera ou gastrite	
	Obesidade	Acúmulo excessivo de gordura corporal	
	Cardiopatia crônica	Doenças crônicas do coração	
	Asma	Relato de dificuldade respiratória antes da suspeita de arbovirose	
	Epilepsia (convulsão)	Relato de crises convulsivas antes da suspeita de arbovirose	
	Doença hematológica	Doenças relacionadas ao sangue (Anemia, Anemia falciforme, leucemia...) antes da suspeita de arbovirose	
	Tabagismo	Considerar o consumo periódico de cigarro (nicotina) antes da suspeita de arbovirose	
	Etilismo	Considerar consumo de álcool excessivo ou periódico	
	Hepatite crônica/ Cirrose	Considerar inflamação do fígado que dure mais de 6 meses.	
	Doenças reumatológicas	Considerar relato de Arite, Artrose, Osteoporose, Osteomalácia, Esclerodermia Sistêmica, Espondiloartropatias, Gôta, Febre Reumática...) antes dos sintomas de arboviroses	
	DPOC Doença pulmonar obstrutiva crônica	Considerar processo inflamatório crônico que pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar)	
	Outras patologias	Descrever outras doenças pré existe não relacionadas a cima	Para registrar essa informação, é preciso que haja diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado. Não registrar suposições ou hipóteses dos familiares.
DC.04	Apresentou Quadro/Manifestações Neurológicas	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
DC.05	Apresentou Manifestações Oculares <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

		<u>o atendimento, registrado no prontuário.</u>	
DC.06	Apresentou Manifestações Dermatológicas <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
DC.07	Apresentou Quadro Renal <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
DC.08	Apresentou Quadro Hemorrágico <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
DC.09	Evoluiu para choque, <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado
DC.10	Presença de outras complicações, <u>durante o atendimento</u>	Preencher os item (ns) referente (s) ao quadro ou manifestações neurológicas constatadas <u>durante o atendimento, registrado no prontuário.</u>	Marcar nos [] com: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

Exames Laboratoriais Específicos

Nº	Variável	Descrição	Orientação
LE.01	Realizou algum exame etiológico	Se sim , especificar o agente, amostra, data de coleta, metodologia ou outra técnica utilizada.	Marcar nas opções realizadas. <ul style="list-style-type: none"> • ¹ - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado • ² - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado • ³ - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado Observar a conformidade da data de coleta com a data de início de sintomas.

Exames Laboratoriais inespecíficos

Nº	Variável	Descrição	Orientação
LI.01	Realizou punção líquórica	Marcar com (X) a opção desejada. Se sim , especificar qual a data da coleta	Usar formato dd/mm/aaaa
LI.01.1	Aspecto	Marcar os valores com (X) o aspecto do líquor quando coletado.	Pegar informação com o laboratório responsável pela punção caso não tenha registrado no prontuário.
LI.01.2	Análise bioquímica do líquor	Anotar a data de saída (alta) do paciente da unidade de saúde	Anotar dia, mês e ano da ocorrência do evento usar o formato dd/mm/aaaa
LI.02	Realizou algum exame de imagem	Marcar com (X) a opção desejada [] Sim ou [] Não	Se sim , especificar tipo de exame, data da realização, assinalar com (X) resultado, se alterado escrever resumo do laudo.
LI.03	Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura	Marcar com (X) a opção desejada [] Sim ou [] Não	Se sim , especificar material coletado (soro, urina e LCR), data da coleta e agente infeccioso isolado.
LI.04	Há alíquota guardada em algum laboratório	Marcar com (X) a opção desejada [] Sim ou [] Não	Se sim , especificar o material coletado e o laboratório responsável pelo armazenamento.

Manifestações clínicas e resultados laboratoriais – Período de internamento

Nº	Variável	Descrição	Orientação
MC.02	Manifestações clínicas e exames laboratoriais e exames laboratoriais inespecíficos e tratamento	Para cada dia de internamento assinalar a sintomatologia apresentadas e preencher os dados laboratoriais (hematologia e bioquímica) e tratamento realizado.	Anotar dia, mês e ano, usar o formato dd/mm/aaaa

Evolução clínica

Nº	Variável	Descrição	Orientação
EC.01	Evolução clínica	Para cada dia de internamento preencher data e hora da evolução clínica, bem como a conduta/prescrição e descrição com hipótese diagnóstica relatada no prontuário	Anotar dia, mês e ano, usar o formato dd/mm/aaaa
EC.02	Evolução clínica	Assinalar com (X) no caso de transferência, alta ou óbito, especificar a data da ocorrência.	No caso de transferência preencher a unidade de saúde para onde foi encaminhado o paciente.
EC.03	Evolução clínica	Se óbito, preencher as campos conforme a declaração de óbito (DO).	
EC.04	Evolução clínica	Assinalar com (X) a opção desejada [] Sim ou [] Não	

Observações

Descrever alguma informação relevante do paciente não contemplada nos itens anteriores

Investigação

Nº	Variável	Descrição	Orientação
IN.01	Data	Preencher a data da realização da investigação	Anotar dia, mês e ano, usar o formato dd/mm/aaaa
IN.02	Investigador	Preencher nome do responsável (eis) pela investigação	Utilizar o carimbo do investigador responsável