



SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE B OU C

Definição de caso: RN ou criança até 24 meses de idade, filho de mãe Hepatite B (AgHBs reagente) ou C (VHC-RNA reagente)

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|----------------------------------|---|--|--|---|---|----------------|---------------------------------------|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | | | | | | | | | | | |
| | 2 Agravado/doença CRIANÇA EXPOSTA AO HBV / HCV | | | | | | Código (CID10) | | | 3 Data da Notificação | | |
| | 4 UF | | 5 Município de Notificação | | | | | | Código (IBGE) | | | |
| Notificação Individual | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | | | | | Código | | | 7 Data dos primeiros Sintomas | | |
| | 8 Nome do Paciente | | | | | | 9 Data de Nascimento | | | | | |
| | 10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano | | | | 11 Sexo <input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | | | 12 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dados de Residência | 13 Nome da mãe | | | | | | | | | | | |
| | 14 Número do SINAN (Mãe) | | | | | | 15 Número do Cartão SUS | | | | | |
| | 16 UF | | 17 Município de Residência | | | | Código (IBGE) | | | 18 Distrito | | |
| Dados de Residência | 19 Bairro | | | | 20 Logradouro (rua, avenida,...) | | | | Código | | | |
| | 21 Número | | 22 Complemento (apto., casa,...) | | | | | | 23 Geo campo 1 | | | |
| | 24 Geo campo 2 | | | | 25 Ponto de Referência | | | | 26 CEP | | | |
| | 27 (DDD) Telefone | | | | | | 28 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | | 29 País (se residente fora do Brasil) | | |
| | Dados Complementares do Caso | | | | | | | | | | | |
| Anted. Epid. da Mãe | 30 Idade da mãe (anos) | | | 31 Escolaridade da mãe <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 3- 5ª à 8ª série incompleta do EF <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 1- 1ª 4ª série incompleta do EF <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF <input type="checkbox"/> 5- Ensino médico incompleto <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | | | | | | | |
| | 32 Raça/cor da mãe 1- Branca 4- Parda 2- Preta 5- Indígena 3- Amarela 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | | 33 Ocupação da mãe | | | 34 Agravos Associados 1- Sim 2- Não 9- Ignorado HIV/Aids <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Outras DSTs <input type="checkbox"/> Quais: | | | | | |
| Imunização da mãe | 35 Imunização 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Hepatite B: 1ª dose <input type="checkbox"/> 3ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/> outras doses <input type="checkbox"/> | | | | | | 36 Confirmação com Carteira: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | | | | |

Dados Laboratoriais da Mãe

37 Mãe apresentou sorologia reagente para: Hepatite B (HBsAg Reagente) 1- Sim
 Hepatite C (HCV-RNA Reagente) 2- Não

38 Quando: 1- Sim 2- Não

Antes do Pré-natal

Durante o Pré-natal

Durante o Parto

Após o Parto

39 Marcadores do HBV:

HBsAg HBeAg

Anti-HBc Total Anti-Hbe

Anti-HBc IgM Anti-HBs

1- Reagente/Positivo 4- Não realizado
 2- Não-reagente/Negativo 9- Ignorado
 3- Inconclusivo

40 Marcadores do HVC:

Anti-HCV 1- Reagente/Positivo
 2- Não-reagente/Negativo
 3- Inconclusivo
 4- Não realizado
 9- Ignorado

HCV RNA

Dados do Pré-Natal

41 Fez Pré-Natal: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

42 UF

43 Município de Realização do Pré-natal

Código (IBGE)

44 Unidade/Consultório de Realização do Pré-natal

Código (CNES)

45 Endereço:

46 Telefone:

47 Faz tratamento para hepatite: B C 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

48 Medicamento utilizado:

49 Outras pessoas da família são portadoras de hepatite: B C 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Antecedentes Epidemiológicos da Criança

50 Número de Declaração de Nascido Vivo

51 UF de Nasc.

52 Município de Nascimento:

Código (IBGE)

53 Hospital de Nascimento:

Código (CNES)

54 Vacina para a Hepatite B na Maternidade

Antes 24h. 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Após 24h.

55 Vacina para a Hepatite B:

1ª dose 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

2ª dose

3ª dose

4ª dose

56 Imunoglobulina Hiperimune Hepatite B

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

57 Aleitamento: Natural Artificial 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Dados Laboratoriais da Criança

58 Data da coleta e resultados da sorologia (HBsAg e Anti-HBs), 30-60 dias da terceira dose de vacina da Hepatite B.

HBsAg Anti-HBs 1- Reagente/Positivo
 2- Não Reagente/Negativo
 3- Inconclusivo
 4- Não realizado

Acompanhamento da Criança

59 Controle sorológico com 18 meses de idade

HBsAg Anti-HCV

Anti-HBc Total HCV-RNA

Anti-HBs

1- Reagente/Positivo
 2- Não Reagente/Negativo
 4- Não realizado
 5- Não se aplica

Conclusão

60 Evolução do caso 1- Infectado 5- Transferência para outro município
 2- Não-infectado 6- Óbito por hepatite fulminante
 3- Perda de seguimento 7- Óbito por outras causas
 4- Caso em andamento

61 Classificação Etiológica 1- Vírus B
 2- Vírus C
 3- Vírus B e C

62 Data do Encerramento

Observações adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura