



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA

INSTRUTIVO SIVA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A
VIGILÂNCIA DE ACIDENTES

SMS-SP/COVISA/DVE/NDANT

*Outubro de 2018
Município de São Paulo*



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

2018

Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA

Introdução:

A Lei 13.671, de 26/11/2003 e o Decreto 48.421, de 06 de junho de 2007, da Prefeitura de São Paulo regulamentaram o Programa de Informação para Vítimas de Violência (PIVV). Para operacionalizar o programa, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) implantou o Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA, atendendo em especial, à necessidade de notificação e registro das situações de violência contra crianças, mulheres e idosos.

A partir de 05 de julho de 2015, as situações de violências passaram a ser notificadas e registradas no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação - SINAN-Net e os acidentes passaram a ser notificados e registrados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA, que é gerenciado pela Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA/SMS-SP.

Conforme a Portaria SMS-SP N°1102/2015 que cria o SIVA (anexo desse instrutivo), serão registrados nesse sistema, os casos de Acidente referido ou observado, de acordo com o capítulo "Causas Externas - Capítulo XIX", destacando-se os casos de acidentes de trânsito e de transporte, quedas, e outros acidentes.

Os serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente no município de São Paulo devem notificar, de forma compulsória, os casos de acidente à Unidade de Vigilância em Saúde - UVIS de referência da unidade.

As notificações de casos suspeitos ou confirmados de acidentes são realizadas a partir da captação de informações junto ao paciente ou ao seu acompanhante, utilizando-se a "Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Acidentes". O modelo da ficha de notificação de acidentes encontra-se no anexo desse instrutivo.

O registro (digitação) das notificações de acidentes no sistema SIVA é feito preferencialmente pelo serviço de saúde que atendeu o caso e preencheu a ficha de notificação.

Os serviços de saúde que não puderem por algum motivo, digitar as fichas de notificação de acidentes no SIVA, deverão encaminhar uma via da ficha para a Unidade de Vigilância em Saúde - UVIS de referência, com periodicidade máxima semanal.

Não são casos de notificação e registro no SIVA, os acidentes de trabalho, as intoxicações exógenas, os acidentes com animais e os acidentes com animais peçonhentos, pois esses agravos devem ser notificados nas fichas próprias e específicas do SINAN.

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE ACIDENTES

Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA

Considerando a definição de Acidente como “Evento **não intencional** e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o do lazer” (MS, 2001), a **definição de caso** para fins de preenchimento da ficha SIVA (Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes) é:

Toda causa externa (acidente de trânsito, queda ou outro evento) que for referida pela vítima ou por seu acompanhante como acidente, de residente ou não na cidade de São Paulo.

Atenção:

Casos que não devem ser incluídos no SIVA:

01. Suspeita de violência – notificar o caso no SINAN Violência.
02. Acidentes com substâncias tóxicas, levando à intoxicação exógena ou envenenamento – notificar no SINAN – Intoxicação Exógena.
03. Acidentes com animais mamíferos (gato, cachorro, morcego, e outros) – notificar no Sinan - Atendimento Antirrábico Humano.
04. Acidentes com cobras, taturanas, escorpiões ou outros animais venenosos ou peçonhentos – notificar no SINAN – Acidentes por Animais Peçonhentos.
05. Acidentes de trabalho – notificar no Sinan.

A **ficha SIVA** é um instrumento para registro da notificação e da investigação de acidentes atendidos em **todos** os serviços de saúde ambulatoriais (atenção básica ou especializada), hospitais e prontos socorros, sejam públicos ou privados, da Cidade de São Paulo.

A Ficha SIVA é composta por 12 blocos:

- Bloco 1 – Dados do atendimento
- Bloco 2 - Dados gerais do paciente
- Bloco 3 – Acidente de trânsito ou transporte
- Bloco 4 - Outros acidentes
- Bloco 5 – Informações adicionais
- Bloco 6 – Dados da ocorrência
- Bloco 7 – Descrição sumária do ocorrido

Bloco 8 - Caracterização da lesão mais relevante especificando o tipo e o local

Bloco 9 - Diagnóstico da lesão mais relevante

Bloco 10 - Evolução do caso

Bloco 11 - Encaminhamentos

Bloco 12 - Responsável pelo preenchimento.

Preenchimento da Ficha SIVA

BLOCO 1 - DADOS DO ATENDIMENTO

1. DADOS DO ATENDIMENTO	Data do Atendimento: ____/____/____	Hora: _____	Nº do Prontuário / BE: _____
	Unidade de Saúde: _____	Nº CNES:	
	Endereço : _____	Telefone: _____	

Data do atendimento - Preencher no formato dd/mm/aaaa, ou seja, dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos. **Campo obrigatório.**

Hora - Preencher no formato hh:mm, ou seja, hora com dois dígitos e minuto com dois dígitos. Considera-se o dia com 24 horas seguidas e numeradas e os horários vão de “zero horas” às “vinte e três horas e cinquenta e nove minutos”. **Campo obrigatório.**

Nº do Prontuário/BE (Boletim de Entrada) ou outro instrumento que registre a entrada do paciente no serviço.

Unidade de Saúde - Registrar o nome oficial da unidade e não o nome “popular” pela qual ela é conhecida. Anotar o nome completo da unidade, sem abreviações.

Nº do CNES - Preenchido pelo sistema.

Endereço da unidade - Preenchido pelo sistema.

Telefone - Preenchido pelo sistema.

Órgão Emissor/UF - Preencher com as Siglas do órgão emissor do documento e do ente federativo. Ex. Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo: “SSPSP”.

Série CP - Preencher com a colocação da série da carteira profissional (CP).

No caso de estrangeiros que só possuam passaporte como documento, anotar o número do passaporte no campo **nº do documento** e no bloco 7 - “descrição sumária do ocorrido” registrar que se trata de “estrangeiro” especificando a nacionalidade e que o documento apresentado foi o passaporte.

Nome completo - Transcrever conforme consta no documento apresentado. No caso de ausência de documento, anotar a informação dada pelo paciente ou acompanhante, evitando apelidos e abreviações de nome ou sobrenome. **Campo obrigatório.**

No caso de pessoa sem condições de informar, sem documentos e sem acompanhante que possa identificar a vítima, anotar no campo nome: **“SEM INFORMAÇÃO”**.

Data de nascimento - Preencher no formato dd/mm/aaaa, ou seja, dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos.

Idade: _____ Anos Meses Dias Ignorada

Idade

Anotar com dois dígitos. As idades com um só algarismo devem ser precedidas por zero. Exemplo: criança com 9 anos no campo idade anotar 09 e assinalar a opção “Anos”.

Assinalar idade **“ignorada”** para pessoa de qualquer idade que estejam sem condições de informar, sem documentos que a identifique e sem acompanhantes que saibam informar.

Assinalar “Dias” para crianças com menos de 30 dias.

Assinalar “Meses” para crianças com mais de 30 dias e menos de 1 ano de idade.

Assinalar “Anos” para indivíduos com 1 ano ou mais de idade.

Sexo - Assinalar a opção feminino ou masculino.

As opções referem-se ao sexo biológico do indivíduo.

Raça/Cor - Deve ser autorreferida. Em caso de dúvida, apresentar as opções constantes na ficha escolha do indivíduo. **Campo Obrigatório.**

Raça / Cor: Branca Preta Amarela Indígena Parda

Apenas uma alternativa deve ser assinalada.

No caso de crianças abaixo de 10 anos perguntar para os pais.

Escolaridade (em anos)

Escolaridade (em anos de estudo): Nenhum De 1 a 3 De 4 a 7 De 8 a 11 12 e mais Ign. Não se aplica

Assinalar o número de anos de estudo informado pelo indivíduo.
Apenas uma alternativa deve ser assinalada.

Ignorado - pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

Não se aplica - criança menor de 6 anos completos de idade. Anos de berçário, creche ou jardim de infância não contam como anos de escolaridade.

Nenhum - para indivíduos maiores de 7 anos completos ou mais que não freqüentou a escola ou que não completou um ano de estudo.

Pessoa com deficiência

Assinalar “NÃO” ou “SIM”.- **Campo Obrigatório.**

Se assinalada a opção “SIM” o campo seguinte (tipo de deficiência) torna-se obrigatório.

Pessoa com deficiência: Não Sim **Qual?:** Física Visual Auditiva Mental Múltiplas Deficiências Ignorado

Qual? - Campo Obrigatório se foi assinada a opção “SIM”

Deve-se especificar o tipo de deficiência:

- Podem ser assinaladas várias alternativas simultaneamente (por exemplo, “Visual” + “Física”).
- A alternativa “Múltiplas Deficiências” deve ser assinalada para o indivíduo que tiver 3 deficiências ou mais, independentemente de outras alternativas terem sido assinaladas.
- A alternativa “Ignorado” deve ser utilizada para pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

Nome da mãe

Transcrever conforme consta no documento apresentado. No caso de ausência de documento, anotar a informação dada pelo paciente ou acompanhante, evitando apelidos e abreviações de nome ou sobrenome. **Campo obrigatório.**

No caso de pessoa sem condições de informar, sem documentos e sem acompanhante que possa identificar a vítima, anotar no campo nome: **“SEM INFORMAÇÃO”.**

Endereço de residência

Anotar o mais completo possível, com o nome da via, número, complemento, CEP, Bairro, Distrito administrativo, Cidade e UF.

Telefone p/ contato: especificar se é residencial ou celular.

Formato: (DDD) número do telefone.

Nome do Acompanhante - Preencher este campo principalmente para casos de crianças e adolescentes. Transcrever conforme documento apresentado; no caso da ausência do documento anotar segundo a informação do acompanhante; evitar apelidos e abreviações de nomes ou sobrenomes.

Grau de relacionamento do acompanhante _____

Especificar o grau de relacionamento.

Nome do Responsável Legal - **Campo Obrigatório para acidentes de menores de 18 anos.**

Transcrever conforme documento apresentado; no caso da ausência do documento anotar segundo a informação do acompanhante; evitar apelidos e abreviações de nomes ou sobrenomes.

Grau de relacionamento do responsável legal _____

Especificar o grau de relacionamento.

Não foi possível coletar - Assinalar este campo no caso de impossibilidade de identificar o responsável legal pela criança ou adolescente (menor de 18 anos de idade).

Adolescente Emancipado - Assinalar este campo em caso afirmativo.

Quem Transportou - **Campo Obrigatório**

Especificar o **meio de transporte ou a instituição que transportou** o paciente ao chegar na unidade atendimento. Assinalar apenas uma opção.

- COBOM - 193 (Centro de Operações do Corpo de Bombeiros)
- SAMU- 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
- GCM (Guarda Civil Metropolitana)
- PM (Polícia Militar)
- Ambulância particular
- Particulares
- Outros (Especificar)

BLOCO 3 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

O objetivo deste bloco é obter informações para a caracterização da vítima, bem como do veículo e das circunstâncias específicas do acidente de trânsito.

3. ACIDENTE DE TRÂNSITO	Caracterizar a vítima: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Ocupante de veículo <input type="checkbox"/> Ignorado
	Se ocupante de veículo: <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Sem informação se condutor ou passageiro
	Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu:
	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pasados <input type="checkbox"/> Metrô ou Trem <input type="checkbox"/> Outro transp. terrestre
	<input type="checkbox"/> Transporte aéreo <input type="checkbox"/> Transporte aquático <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____
	Se a vítima for ocupante do veículo, informar se houve:
<input type="checkbox"/> Colisão com outro veículo - ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Outro não-motorizado <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pasados <input type="checkbox"/> Metrô ou Trem	
<input type="checkbox"/> Colisão com pedestre ou animal <input type="checkbox"/> Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Caracterizar a vítima - assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Pedestre
- Ocupante de veículo
- Ignorado

A alternativa **“Ignorado”** deve ser utilizada para caso de pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

Se ocupante de veículo - assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Condutor do veículo
- Passageiro do veículo
- Sem informação se condutor ou passageiro

A alternativa **“Sem informação se condutor ou passageiro”** deve ser utilizada somente no caso de pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu - assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Bicicleta
- Motocicleta
- Automóvel
- Ônibus, Caminhão ou outros veículos pesados
- Metrô ou trem
- Outro transporte terrestre
- Transporte aéreo
- Transporte aquático
- Ignorado
- Outro _____

A alternativa **“Ignorado”** deve ser utilizada no caso de pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

A alternativa **“Outro”** deve ser utilizada quando o veículo não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outro”, no espaço reservado para tal.

Se a vítima for ocupante de veículo, informar se houve:

- Colisão com outro veículo - é necessário especificar se foi por:
 - Bicicleta
 - Motocicleta
 - Automóvel
 - Outro não motorizado
 - Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados
 - Metrô ou trem
- Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc)
- Ignorado
- Outro _____

A alternativa **“Ignorado”** deve ser utilizada para pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las.

A alternativa **“Outro”** deve ser utilizada quando o veículo e/ou objeto de colisão fixo ou em movimento, não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outro”, no espaço reservado para tal.

BLOCO 4 - OUTROS ACIDENTES

Neste Bloco o objetivo é obter informações para analisar todos os demais tipos de acidentes, notadamente as quedas.

4. OUTROS ACIDENTES	<input type="checkbox"/> Queda de um nível a outro - ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> Escada / Degrau <input type="checkbox"/> Edifício / Laje <input type="checkbox"/> Brinquedo <input type="checkbox"/> Móvel (leito, cadeira, etc.)
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	<input type="checkbox"/> Queda do mesmo nível <input type="checkbox"/> Queda não especificada
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo / Incêndio <input type="checkbox"/> Outras queimaduras <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Choque elétrico
	<input type="checkbox"/> Deslizamento de terra ou inundação <input type="checkbox"/> Sufocação ou aspiração de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração
<input type="checkbox"/> Outro (descrever): _____	

Assinalar uma única das seguintes possibilidades (no caso de queda de um nível ao outro deve-se também assinalar a especificação do local):

- No caso de Queda de um nível a outro, especificar o local:
 - Escada/Degrau
 - Edifício/Laje
 - Brinquedo
 - Móvel (leito/cadeira, etc)
 - Outro _____

A alternativa “**Outro**” dentro de “**Queda de um nível a outro**” deve ser utilizada quando o local da queda não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Especificar a alternativa “Outro”.

- Queda do mesmo nível
- Queda não especificada
- Afogamento
- Fogo ou incêndio
- Outras queimaduras
- Arma de fogo
- Arma branca
- Choque elétrico
- Deslizamento de terra ou inundação
- Sufocação ou aspiração de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração
- Outro (descrever): _____

A alternativa “**Outro**” deve ser utilizada quando o tipo de acidente não estiver descrito em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outro”, no espaço reservado para tal.

BLOCO 5 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Neste Bloco busca-se obter informações para analisar alguns fatores de risco associados aos acidentes, dando visibilidade a estas questões relacionadas.

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS	Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso de álcool antes do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado
	Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado
	A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica

Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso de álcool antes do evento que determinou a lesão: assinalar uma única opção.

- Não Sim Ignorado

Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão: assinalar uma única opção.

- Não Sim Ignorado

A suspeita ou evidência de usos de álcool ou de drogas ilícitas pode ser obtida por informações dadas pelo paciente ou por seu acompanhante ou por exame clínico que constate hálito alcoólico ou exame toxicológico. Será considerado como uso “Ignorado” para a pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las e sem exame clínico ou toxicológico.

A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão: assinalar uma única opção.

- Não Sim Ignorado Não se aplica

A suspeita ou evidência de gravidez pode ser obtida por informações dadas pela paciente ou por seu acompanhante ou por exame clínico / teste de gravidez. Será considerado como estado de gravidez “Ignorado” a pessoa sem condições de prestar informações e sem acompanhante que possa prestá-las e sem exame clínico ou teste de gravidez.

Para pacientes do sexo masculino ou para pacientes do sexo feminino, com idade inferior a 10 anos, deve-se assinalar “Não se aplica”.

BLOCO 6 - DADOS DA OCORRÊNCIA

Neste Bloco o objetivo é caracterizar o dia, horário e local da ocorrência do evento para identificação das áreas com maior incidência de acidentes. Este bloco também possibilitará a produção de base de dados para o georreferenciamento de acordo com o local de ocorrência.

6. DADOS DA OCORRÊNCIA	Identificação da ocorrência:
	Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ignorada Horário aproximado da ocorrência: _____ Horas <input type="checkbox"/> Horário Ignorado
	Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Bar e afins <input type="checkbox"/> Escolas <input type="checkbox"/> Creche/asilo <input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	Endereço da ocorrência (exceto para residência):
	Nome do local, se conhecido: _____
	Rua/Av: _____ Nº: _____ Compl.: _____
	CEP: - Bairro: _____ Distrito Adm.: _____
Cidade: _____ Ponto de referência: _____	

Identificação da ocorrência

Data: determinada por informações do paciente ou de seu acompanhante ou informações da saúde (p.ex.SAMU).

Preencher no formato dd/mm/aaaa, ou seja, dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos.

- Data Ignorada** - assinalar caso não seja possível determinar a data da ocorrência.

Horário aproximado da ocorrência: determinado por informações do paciente ou seu acompanhante ou informações da saúde (por ex. SAMU).

Preencher no formato no formato hh:mm ou seja, hora com dois dígitos e minutos com dois dígitos.

Considera-se o dia com 24 horas seguidas e numeradas. Não existe alternativa para “manhã”, “tarde” ou “noite”; assim os horários vão de “zero hora” às “vinte e três horas e cinquenta e nove minutos”. Um caso que chegue às onze horas e quarenta e cinco minutos da noite será registrado como **23:45**.

- Horário Ignorado** - assinalar caso não seja possível determinar a hora da ocorrência

Local da ocorrência - Campo obrigatório.

Assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Residência
- Via pública
- Bar e afins
- Escolas
- Creche/asilo
- Ignorado
- Outro _____

A alternativa “**Outro**” deve ser utilizada quando o local da ocorrência não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outro”, no espaço reservado para tal.

Endereço da ocorrência (exceto para residência) - Campo obrigatório.

Nome do local, se conhecido – para locais públicos (bares, restaurantes, centros de compras, escolas, creches etc).

Anotar o endereço o mais completo possível, com o nome da via, número, complemento, CEP, Bairro, Distrito administrativo, Cidade e Ponto de referência. Caso o paciente não esteja em condições de informar e sem acompanhante ou sem informações do atendimento pré-hospitalar, deverá ser colocado o endereço do local onde a vítima foi encontrada e colocar esta observação no Bloco 7, “Descrição sumária do ocorrido”.

BLOCO 7 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO OCORRIDO

7. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO OCORRIDO	_____

Campo aberto, onde o notificante coloca uma história resumida do que foi narrado. Aqui também há espaço para outras informações pertinentes, como a nacionalidade do indivíduo se este for estrangeiro, mesmo que ele não tenha nenhum documento, nem mesmo passaporte. Se não há informação direta do local do acidente, deve-se colocar que a vítima foi trazida de tal lugar.

BLOCO 8 - CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE

CAMPOS OBRIGATÓRIOS DE COMPETÊNCIA MÉDICA

No preenchimento deste bloco especificar o tipo de lesão e o local da lesão. Esta caracterização corresponde ao Capítulo XIX da CID 10 – “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)”. Na classificação das circunstâncias ambientais como causa da lesão, primeiramente faz-se a indicação do tipo, e em seguida, faz-se a caracterização mais aprofundada das circunstâncias em que ocorreu a lesão indicada, esta caracterização é correspondente ao Capítulo XX da CID 10 – “Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)”. Não estão incluídas, portanto, as agressões psicológicas.

Tanto a caracterização da lesão mais relevante como a complementação do diagnóstico da lesão são campos de competência médica e não dos demais profissionais que fazem o atendimento de vítimas de acidentes.

CID 10 _____ Descrição _____

Campo obrigatório

CID10 – preencher com o número da classificação do CID-10 capítulo XIX e descrever.

Tipo de lesão - Campo obrigatório.

Assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Traumatismo superficial
- Ferimento
- Fratura
- Luxação - Entorse - Distensão
- Traumatismo de nervos
- Esmagamento
- Traumatismo de medula espinhal
- Traumatismo de vasos
- Traumatismo de tendões e músculos
- Amputação traumática
- Traumatismo de órgão interno (para cabeça, tórax ou abdômen/dorso/pelve)
- Politraumatismo
- Queimadura
- Corpo estranho em orifício natural
- Outro _____

A alternativa **“Outros”** dentro de “Tipo de lesão” deve ser utilizada quando o tipo de lesão não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outros”, no espaço reservado para tal.

Local da lesão - Campo obrigatório.

Assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Cabeça
- Olho e/ou órbita ocular
- Ouvido
- Pescoço
- Tórax
- Trato respiratório
- Abdome/dorso/pelve
- Aparelho digestivo
- Trato genito-urinário
- Tronco - segmento não especificado
- Ombro e braço
- Cotovelo e antebraço
- Punho e mão
- Membro superior -segmento não especificado
- Quadril e coxa
- Joelho e perna

- Tornozelo e pé
- Membro inferior - segmento não especificado
- Coluna - segmento não especificado
- Múltiplas regiões do corpo
- Outro (especificar) _____

A alternativa **“Múltiplas regiões do corpo”** deve ser assinalada para o indivíduo que tiver 2 locais de lesão ou mais.

A alternativa **“Outros”** dentro de **“Local da lesão”** deve ser utilizada quando o local da lesão não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outros”, no espaço reservado para tal.

BLOCO 9 - DIAGNÓSTICO DA LESÃO MAIS RELEVANTE

CAMPO/BLOCO ÚNICO DE COMPETÊNCIA MÉDICA - Campo obrigatório

9. DIAGNÓSTICO DA LESÃO MAIS RELEVANTE	Usar para descrever e/ou complementar informação do quadro acima:

Campo aberto destinado à complementação de informação da lesão relevante, caso algum aspecto não tenha sido contemplado com a transcrição do código da CID - 10. Caso haja outras lesões concomitantes pode-se, também, complementar. Tanto a caracterização da lesão mais relevante como a complementação do diagnóstico da lesão são campos de competência médica e não dos demais profissionais que fazem o atendimento de vítimas de acidentes.

BLOCO 10 - EVOLUÇÃO DO CASO

CAMPO/BLOCO ÚNICO - Campo obrigatório.

10. EVOLUÇÃO DO CASO	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Em observação <input type="checkbox"/> Acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Recebido em óbito
	<input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento

Assinalar uma única das seguintes possibilidades:

- Alta
- Em observação
- Acompanhamento clínico
- Internação
- Transferência
- Recebido em óbito
- Óbito durante o atendimento

BLOCO 11 - ENCAMINHAMENTOS

11. ENCAMINHAMENTOS	<input type="checkbox"/> Ambulatório (rede básica ou especializada)	<input type="checkbox"/> Ambulatório do Hospital	<input type="checkbox"/> Hospital/PS	<input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia
	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Outros serviços: _____		

O objetivo deste bloco será obter informações para analisar a organização de rede integrada dos serviços de saúde e a sua relação com outros setores (social, jurídica, educação e outros).

Assinalar **todos** os encaminhamentos realizados:

- Ambulatório (rede básica ou especializada)
- Ambulatório do Hospital
- Hospital/PS
- Delegacia de Polícia
- IML (Instituto Médico Legal)
- Outros serviços _____

A alternativa **“Outros”** dentro de **“Encaminhamentos realizados”** deve ser utilizada quando o local de encaminhamento não estiver em nenhuma das alternativas anteriormente especificadas. Deve-se também especificar a alternativa “Outros”, no espaço reservado para tal.

BLOCO 12 - RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

12.	Nome do responsável pelo preenchimento: _____
	Inscrição no Conselho Profissional: C__R__ ____ Número: _____

Registrar o nome do responsável pelo preenchimento da ficha, bem como sua inscrição em seu Conselho Profissional.

Nome do profissional responsável pelo preenchimento

Anotar o nome do profissional de forma legível - **Campo obrigatório.**

Inscrição no conselho profissional: C _____ R _____

Especificar qual conselho pertence e seu respectivo número - **Campo obrigatório.**

ANEXO 1

PORTARIA 1102 de 20 de junho de 2015 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE ACIDENTES - SIVA

Portaria 1102/2015 – SMS

PUBLICADA NO DOC DE 20/JUN/2015 - Páginas 27 e 28

São Paulo, 19 de Junho de 2015

PORTARIA Nº 1102/2015 - SMS.G

José de Filippi Junior, Secretário Municipal da Saúde, no uso das suas atribuições legais, Considerando:

- A necessidade de conhecer o perfil epidemiológico de morbimortalidade de violências e acidentes da demanda atendida pela rede pública e privada de serviços de saúde (serviços de saúde hospitalar, de urgência e de emergência da rede pública e privada e demais serviços de saúde do SUS) do Município de São Paulo;

- A Lei Federal 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

- A Lei Municipal 13.671, de 26 de novembro 2003, que dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo;

- A Lei Municipal 13.725, de 09 de janeiro de 2004, que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo;

- O Decreto 48.421, de 06 de junho de 2007, que cria o Programa de Informação para Vítimas de Violência;

- A Portaria 1.271 / 2014 do Ministério da Saúde que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

- A necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória de violências e acidentes no âmbito do Município de São Paulo.

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer a notificação compulsória dos casos de violências e de acidentes, nos serviços de saúde públicos e privados, no Município de São Paulo.

§ 1º - A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de violências e acidentes, de acordo com as normas técnicas estabelecidas pela SMS.

Portaria 1102/2015 - SMS

Art. 2º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 3º - O registro das notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência será realizado na “Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência Interpessoal/Autoprovocada” do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN do Ministério da Saúde.

§ único - Os serviços de saúde deverão respeitar a periodicidade da notificação de casos de violência estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória em vigor e enviar as fichas de notificação para a Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS de referência.

Art. 4º - O registro das notificações de casos suspeitos ou confirmados de acidentes será realizado na “Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Acidentes”.

§ 1º - O modelo da ficha de notificação de acidentes encontra-se no anexo único desta Portaria e estará disponível no site da SMS, bem como o manual de preenchimento e o fluxo da notificação.

§ 2º - O registro informatizado das notificações de acidentes será realizado no “Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA” - Sistema de Informação desenvolvido pela SMS e disponibilizado para os serviços de saúde públicos e privados do Município de São Paulo.

§ 3º - O registro das notificações de acidentes deverá ser feito no sistema SIVA, preferencialmente pelo serviço de saúde que fez a notificação.

§ 4º - Os serviços de saúde que não digitarem as fichas de notificação de acidentes no SIVA, deverão encaminhar uma via da ficha para a Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS de referência com periodicidade mínima semanal.

§ 5º - É de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde gerenciar o SIVA, definindo os níveis de acesso aos usuários.

Art. 5º - Esta Portaria entrará em vigor a partir de 05 de julho de 2015, revogadas as disposições em contrário, em especial a Portaria 1.328 / 2007 -SMS.

José de Filippi Junior
Secretário Municipal da Saúde

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso de álcool antes do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado

Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado

A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado Não se aplica

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

Identificação da ocorrência:

Data: ____/____/____ Data ignorada Horário aproximado da ocorrência: _____ Horas Horário Ignorado

Local da ocorrência: Residência Via pública Bar e afins Escolas Creche/asilo Ignorado

Outro: _____

Endereço da ocorrência (exceto para residência):

Nome do local, se conhecido: _____

Rua/Av: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: | | | | | - | | | | Bairro: _____ Distrito Adm.: _____

Cidade: _____ Ponto de referência: _____

7. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO OCORRIDO

8. CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE

CID10 _____ Descrição _____

Tipos de lesão (marcar somente uma opção):

Traumatismo superficial Ferimento Fratura Luxação-Entorse-Distensão Traumatismo de nervos Esmagamento

Traumatismo de medula espinhal Traumatismo de Vasos Traumatismo de tendões e músculos Amputação traumática

Traumatismo de órgão interno (para cabeça, tórax ou addomen/dorso/pelve) Politraumatismo Queimadura

Corpo estranho em orifício natural Outros (especificar): _____

Local de lesão (marcar somente uma opção):

Cabeça Olho e/ou órbita ocular Ouvido Pescoço Tórax Trato respiratório Abdome/dorso/pelve

Aparelho digestivo Trato genito-urinário Tronco - segmento não especificado Ombro e braço Cotovelo e antebraço

Punho e mão Membro Superior - segmento não especificado Quadril e coxa Joelho e perna Tornozelo e pé

Membro inferior - segmento não especificado Coluna - segmento não especificado Múltiplas regiões do corpo

Outros (especificar): _____

9. DIAGNÓSTICO DA LESÃO MAIS RELEVANTE

Usar para descever e/ou complementar informação do quadro acima:

10. EVOLUÇÃO DO CASO

Alta Em observação Acompanhamento clínico Internação Transferência Recebido em óbito

Óbito durante o atendimento

11. ENCAMINHAMENTOS

Ambulatório (rede básica ou especializada) Ambulatório do Hospital Hospital/PS Delegacia de Polícia

IML Outros serviços: _____

12.

Nome do responsável pelo preenchimento: _____

Inscrição no Conselho Profissional: C_R_ ____ Número: _____

SIVA - 10/2015