



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 <b style="text-align: center;">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