

# Uso no estado de São Paulo

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA

Nº

**CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:** Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, **OU** indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente. Em ambas situações sem registro de tratamento prévio.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual							
	2 Agravado/doença	<b>SÍFILIS ADQUIRIDA</b>		Código (CID10) A53.9	3 Data da Notificação				
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico				
	8 Nome do Paciente								
	9 Data de Nascimento								
Notificação Individual	10 Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	6 - Não se aplica	13 Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade								
	15 Número do Cartão SUS								
	16 Nome da mãe								
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida...)			Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência			27 CEP		
	28 (DDD) Telefone			29 Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação								
	Antecedentes epidemiológicos	32 Comportamentos e vulnerabilidades							
		<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas injetáveis		<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas não injetáveis		<input type="checkbox"/> Profissional do sexo			
<input type="checkbox"/> Relações sexuais com homens		<input type="checkbox"/> Relações sexuais com mulheres		<input type="checkbox"/> Múltiplas parcerias sexuais					
<input type="checkbox"/> Situação de rua		<input type="checkbox"/> Privado(a) de liberdade		<input type="checkbox"/> Hemofílico					
<input type="checkbox"/> Outros _____									
33 Identidade de gênero									
1 - Travesti    2 - Mulher Transexual    3 - Homem Transexual    4 - Mulher    5 - Homem    9 - Ignorado									
Dados clínicos e laboratoriais	34 Classificação Clínica				35 HIV/AIDS				
	1 - Primária    2 - Secundária    3 - Terciária    4 - Latente    5 - Neurosífilis    9 - Ignorado				1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado				
	36 Título				37 Data do teste não treponêmico reagente		38 Data do teste treponêmico reagente		
1 - 1/1    2 - 1/2    3 - 1/4 4 - 1/8    5 - 1/16    6 - 1/32 7 - 1/64    8 - 1/128    9 - 1/256 ou mais									

# Uso no estado de São Paulo

Tratamento	39 Esquema de tratamento realizado <input type="checkbox"/>	40 Data do início do tratamento
	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 3 - Outro esquema 4 - Não realizado 9 - Ignorado	

Antecedentes	41 Tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico <input type="checkbox"/>	43 Se tratamento anterior, qual foi a data do último tratamento de sífilis
	1 - Unidade Básica de Saúde/UBS 2 - Serviço de Atenção Especializada SAE DST/Aids 3 - Centro de Testagem e Aconselhamento CTA 4 - Ambulatório de Doenças/Infecções Sexualmente Transmissíveis DST/IST 5 - Ambulatório de Pessoas Vivendo com HIV/Aids 6 - Outros	

Antecedentes	42 Tratamento anterior de sífilis <input type="checkbox"/>	45 Se teste anterior, qual foi a data do teste não treponêmico
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado/Não sabe	

Antecedentes	44 Se tratamento anterior, qual foi o título do último teste não treponêmico de seguimento do paciente <input type="checkbox"/>	45 Se teste anterior, qual foi a data do teste não treponêmico
	1 - 1/1 2 - 1/2 3 - 1/4 4 - 1/8 5 - 1/16 6 - 1/32 7 - 1/64 8 - 1/128 9 - 1/256 ou mais	

Observações:


Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unidade de Saúde
	Nome	Função

**Orientações para digitação e fluxo das informações da Ficha de Notificação/Investigação (FNI) Sífilis Adquirida (SA) Adaptada**

- Se o indivíduo cumprir a **definição de caso de sífilis adquirida vigente**, **notificar o caso** - preencher a FNI de SA adaptada;
- Conferir o preenchimento, incluir o número do Sinan e digitar no Sinan os campos de identificação (campos nº 1 a 30) da FNI de SA adaptada;
- Digitar no *FormSus* SifAdquirida os demais campos específicos (campos nº 31 a 40), nºSinan, nome do paciente e data de nascimento da FNI de SA adaptada.

- N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**Campo 3.** Anotar a **data da notificação**: data de preenchimento da ficha de notificação.

**Campo 7.** Anotar a **data do diagnóstico** ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

**Campo 8.** Preencher com o **nome completo do paciente** (sem abreviações).

**Campo 9.** Preencher com a **data de nascimento** do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

**Campo 10.** Anotar a **idade** do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A).

**Campo 11.** Informar o **sexo** do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado).

**Campo 13.** Preencher com o código correspondente à **cor ou raça declarada** pela pessoa.

**Campo 14.** Preencher com a **série e grau** que a pessoa está frequentando/frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: (DIGITAR NO FORMSUS-SA)**

**Campo 31.** Informar no campo **ocupação** a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado.

**Campo 32. Comportamentos e vulnerabilidades-** Assinalar as alternativas correspondentes pode ser mais de uma, nos últimos 12 meses.

**Campo 33. Identidade de gênero** – Assinalar apenas uma alternativa.

**Campo 34.** Registrar a **classificação clínica para sífilis**: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (*tabes dorsalis*, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática, diagnóstico obtido por meio de reações sorológicas; 5- Neurosífilis.

**Campo 35.** Informar presença de infecção **pelo HIV/aids** – situação sorológica atual.

**Campo 36.** Informar a **titulação da sorologia não treponêmica**: VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagin*);

**Campo 37.** Informar a **data de realização** do teste não treponêmico.

**Campo 38.** Informar a **data de realização do teste treponêmico reagente**: FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-absorption*), MHA-Tp (*Microhemagglutination Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*), ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e Teste Rápido Treponêmico.

**Campo 39.** Anotar o **esquema de tratamento** e a **data do início do tratamento**- sífilis primária, secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo); se sífilis tardia (latente, terciária ou fase ignorada): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas, dose total de 7,2 milhões U.I.

**Campo 40.** Informar a **data do início do tratamento**.

**Campo 41.** Informar o **tipo de serviço** que realizou o diagnóstico atual.

**Campo 42.** Anotar se teve ou não **tratamento anterior de sífilis**.

**Campo 43.** Se tratamento anterior, informar a **data de início do último tratamento** de sífilis.

**Campo 44.** Se tratamento anterior informar o **título do último teste não treponêmico** de seguimento.

**Campo 45.** Se tratamento anterior informar a **data do último teste não treponêmico**.