

Dicionário de dados



06/06/2023
NDAT/DVE/COVISA/SMS-SP

FICHA DE INVESTIGAÇÃO RÁPIDA DE CASO SUSPEITO DE INFLUENZA AVIÁRIA - H5N1

Número do campo	Tipo	Nome do campo	Descrição
1	Campo aberto	Unidade de Atendimento	Nome da unidade que está prestando atendimento ao paciente
2	Numérico 7 dígitos	Código CNES	Número do código CNES da Unidade de Atendimento
3	Data DD/MM/AAAA	Data de preenchimento pela Unidade de Atendimento	Data de preenchimento do formulário pela Unidade de Atendimento
4	Data DD/MM/AAAA	Data da notificação à UVIS	Data em que a Unidade de Atendimento fez a notificação a sua UVIS de referência
5	Escolher uma opção	Local da notificação () e-SUS () SIVEP-gripe	Informar local onde foi realizado a notificação do paciente, escolher a opção que pode ser uma ou as duas, marcando com "X"
6	Numérico aberto	Número(s) da(s) notificação(ões)	Colocar o número da notificação (ou os números caso tenha notificação nas duas opções)
7	Campo aberto	Nome do paciente	Colocar o nome completo do paciente, sem abreviações
8	Numérico 11 dígitos	CPF	Colocar o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do paciente notificado
9	Data DD/MM/AAAA	Data de nascimento	Data de nascimento do paciente
10	Campo aberto	Nome da mãe	Nome completo da mãe do paciente, sem abreviações
11	Campo aberto	Logradouro (Rua, Avenida, etc.)	Logradouro (rua, avenida, travessa, etc.) do endereço do paciente
12	Numérico aberto	Número	Número do logradouro, casa ou edifício
13	Campo aberto	Complemento	Complemento do logradouro: apartamento, casa, bloco etc.
14	Campo aberto	Bairro	Bairro de residência do paciente
15	Numérico aberto	CEP	CEP de residência do paciente
16	Campo aberto	Município	Município de residência do paciente
17	Campo aberto	UF	Unidade Federativa de residência do paciente
18	Numérico aberto	Telefone	Código DDD e número telefone para contato do paciente
19	Numérico aberto	Celular	Código DDD e número celular para contato do paciente
20	Campo aberto	Ocupação	Ocupação profissional do paciente
21	Data DD/MM/AAAA	Data de início dos sintomas	Data do primeiro dia dos sintomas; deve ser menor ou igual a data de preenchimento da ficha
22	Escolher uma opção	Recebeu vacina influenza em 2023?	Escolher uma opção sim ou não de acordo com histórico de vacina
23	Numérico 15 dígitos	Cartão SUS	Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente
24	Escolher uma opção	Sinais e sintomas	Escolher uma opção sim ou não de acordo com histórico de sinais e sintomas, caso apresente sintoma diferente das opções apresentadas escrever no campo outros sintomas
25	Escolher uma opção	Comorbidades/ Fatores de risco	Escolher uma opção sim ou não de acordo com histórico de comorbidades/ fatores de risco, caso apresente comorbidade/ fator de risco diferente das opções apresentadas escrever no campo outros
26	Escolher uma opção/ Data DD/MM/AAAA / Campo aberto	Informações sobre exposição (direta ou indireta nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas)	Escolher opção(ões) sobre exposição marcando com um "X"; preencher a data da exposição no campo específico e escrever o endereço de exposição nos campos específicos (logradouro, número, complemento, etc.)
27	Escolher opção/ campo aberto e Data DD/MM/AAAA	Informações sobre deslocamentos	
28	Campo aberto/ escolher opção	Monitoramento de contatos	Colocar nome completo, sem abreviações, dos contatos e número de telefone com DDD; escolher a opção sim ou não se o contato está sintomático.
29	Escolher opção/ campo aberto e Data DD/MM/AAAA	Internação recente do caso	Escolher uma opção sim ou não de acordo com histórico de internação do paciente, caso selecione a opção SIM descrever data da internação, local da internação, qual o desfecho do paciente: se teve alta colocar o número 1, se evoluiu à óbito colocar o número 2 e preencher a data do desfecho. Descrever o estado clínico atual do paciente caso ainda esteja internado ou tenha tido alta.
30	Escolher opção/ campo aberto	Houve coleta de exames para covid-19 e/ou influenza?	Escolher uma opção sim ou não de acordo com histórico de coleta de exames, caso selecione a opção SIM descrever qual exame foi realizado
31	Campo aberto	Responsável pelo preenchimento	Nome completo, sem abreviações, do responsável pelo preenchimento; função, telefone com DDD e e-mail do responsável pelo preenchimento