



COMUNICADO

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS

Considerando:

- a portaria GM/MS Nº204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016, 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 território nacional;
- a Nota Técnica Informativa Conjunta nº 93/2015 – DDAHV/SVS/MS, DAF/SCTIE/MS, DGITS/SCTIE/MS e GGMON/SUCOM/ANVISA e
- a Nota Técnica Conjunta CEAF/CAF/ SES-SP e PEHV/CVE/SES-SP nº 02, de 09 de outubro de 2017.

A Vigilância Epidemiológica do município de Campinas vem informar o fluxo de notificação das hepatites virais. O profissional de saúde responsável pelo diagnóstico e acompanhamento dos pacientes portadores de hepatite viral deverá preencher de forma completa e legível a ficha de investigação epidemiológica (ANEXO I) e encaminhá-la por e-mail para a vigilância em saúde (VISA) regional da área de abrangência de seu consultório. A ficha de notificação, para preenchimento online, encontra-se disponível em:

http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/vigilancia/snet_fichas/HEPA_NET.pdf

FLUXO:

- 1) Preencher a ficha de investigação epidemiológica de hepatites virais (SINAN) adequadamente, em especial os campos de 01 a 18 e de 21 a 47 da ficha
 - Os campos 21 e 27 devem estar preenchidos sem abreviações e corretamente.
 - Os campos 19, 20 e 48 a 52 não deverão ser preenchidos.
 - Campo 6 - Nome completo do consultório/clinica/hospital notificador e Código = Nº do Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde (CNES)
- 2) O profissional deve salvar a ficha em pdf , em seu computador.
- 3) A ficha de investigação (SINAN) preenchida deve ser enviada anexada, para o e-mail da Vigilância em Saúde (VISA) de referência do consultório/clinica/hospital. Colocar no assunto do e-mail "NOTIFICAÇÃO HEPATITE"

VISA Norte

Endereço: Rua Doutor José Pinto de Moura, 191 - Jardim Novo Botafogo - CEP 13070-210

Telefone: (19) 3242-5870/3213-8813.

E-mail: saude.visanorte@campinas.sp.gov.br

VISA Sul

Endereço: Rua Fernão Lopes, 1130 Alto Taquaral. CEP: 13087-051

Telefone: (19) 3232-0591

E-mail: saude.visasul@campinas.sp.gov.br

VISA Leste

Endereço: Rua Carolina Florence, 836 - Jardim Guanabara- CEP 13073-225

Telefone: (19) 3212-2755

E-mail: saude.visaleste@campinas.sp.gov.br

VISA Sudoeste

Endereço: Rua Reverendo Professor Herculano Gouveia Júnior, 106 - Jardim do Lago - CEP 13050-020

Telefone: (19) 3227-6613

E-mail: saude.visasudoeste@campinas.sp.gov.br

VISA Noroeste

Endereço: Rua Sumaré, 527 - Jardim Novo Campos Elíseos - CEP 13050-550

Telefone: (19) 3268-6255 / (19) 3269-3778

E-mail: saude.visanoroeste@campinas.sp.gov.br

4) Após o recebimento da ficha de investigação (SINAN), a VISA retornará o contato em até 03 dias úteis para informar o número da notificação (número do SINAN), caso todos os dados da ficha estejam corretamente preenchidos e tenha sido possível seu encerramento. Caso a ficha apresente algum dado que não tenha sido preenchido corretamente ou esteja em branco, inviabilizando assim o encerramento do caso e emissão do número da notificação, a VISA.

5) O número da notificação deve ser indicada de forma legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente na prescrição original do medicamento.

Avenida Anchieta, 200, 11º andar, Centro, CEP 13.015-904 – Campinas SP.

(19) 2116-0187 / 2116-0233 FAX (19) 2116-0186

devisa@campinas.sp.gov.br



DEVISA Departamento
de Vigilância
em Saúde

Responsável Técnico:

Valéria Correia de Almeida - Médica Infectologista
Departamento de Vigilância em Saúde – DEVISA
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
HEPATITES VIRAIS - FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterico:

* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.

* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.

- Sintomático anictérico:

* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.

- Assintomático:

* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).

* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.

* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:

* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.

- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO/DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	HEPATITES VIRAIS		B 19	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	
	SP	CAMPINAS	350950	
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE		9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (ou) IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA/COR
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1ºTRIMESTRE 2 - 2ºTRIMESTRE 3 - 3ºTRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
	14 ESCOLARIDADE			
	0 - ANalfabeto 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA			
	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,...)	
	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 - IGNORADO	
			30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
	33 SUSPEITA DE:		34 TOMOU VACINA PARA:	
	1 - HEPATITE A 2 - HEPATITE B/C 3 - NÃO ESPECIFICADA		1 - COMPLETA 2 - INCOMPLETA 3 - NÃO VACINADO 9 - IGNORADO	
	35 INSTITUCIONALIZADO EM		HEPATITE A HEPATITE B	
	1 - CRECHE 2 - ESCOLA 3 - ASILO 4 - EMPRESA 5 - PENITENCIÁRIA 6 - HOSPITAL/CLÍNICA 7 - OUTRAS 8 - NÃO INSTITUCIONALIZADO 9 - IGNORADO			
	36 AGRAVOS ASSOCIADOS		37 CONTATO COM PACIENTE PORTADOR DE HBV OU HBC	
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		1 - SIM, HÁ MENOS DE SEIS MESES 3 - NÃO 2 - SIM, HÁ MAIS DE SEIS MESES 9 - IGNORADO	
	HIV / AIDS OUTRAS DSTS		SEXUAL DOMICILIAR (NÃO SEXUAL) OCUPACIONAL	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

38 O PACIENTE FOI SUBMETIDO OU EXPOSTO A

☐ MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

☐ DROGAS INALÁVEIS OU CRACK

☐ DROGAS INJETÁVEIS

☐ ÁGUA/ALIMENTO CONTAMINADO

☐ TRÊS OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS

☐ TRANSPLANTE

☐ TATUAGEM/PIERCING

☐ ACUPUNTURA

☐ TRATAMENTO CIRÚRGICO

☐ TRATAMENTO DENTÁRIO

☐ HEMODIÁLISE

☐ OUTRAS

☐ ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

☐ TRANSFUSÃO DE SANGUE /DERIVADOS

39 DATA DO ACIDENTE OU TRANSFUSÃO OU TRANSPLANTE

40 LOCAL/ MUNICÍPIO DA EXPOSIÇÃO (PARA SUSPEITA DE HEPATITE A - LOCAL REFERENCIADO NO CAMPO 35)
(PARA SUSPEITA DE HEPATITE B/C - LOCAL DE HEMODIÁLISE, TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS, TRANSPLANTE, ETC.)

UF	MUNICÍPIO DE EXPOSIÇÃO	LOCAL DE EXPOSIÇÃO	FONE

41 DADOS DOS COMUNICANTES

NOME	IDADE D-DIAS M-MESES A-ANOS	TIPO DE CONTATO 1-NÃO SEXUAL/DOMICILIAR 2-SEXUAL/DOMICILIAR 3-SEXUAL/NÃO DOMICILIAR 4-USO DE DROGAS 5-OUTRO 9-IGNORADO	HBsAg 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HBc total 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	Anti-HCV 1-REAGENTE 2-NÃO REAGENTE 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	INDICADO VACINA CONTRA HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 3-INDIVÍDUO JÁ IMUNE 9-IGNORADO	INDICADO IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

DADOS LABORATORIAIS

42 PACIENTE ENCAMINHADO DE

1 - BANCO DE SANGUE

2 - CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)

3 - NÃO SE APLICA

43 DATA DA COLETA DA AMOSTRA
REALIZADA EM BANCO DE SANGUE
OU (CTA)

44 RESULTADO DA SOROLOGIA DO BANCO DE SANGUE OU CTA

1 - REAGENTE

2 - NÃO REAGENTE

3 - INCONCLUSIVO

4 - NÃO REALIZADO

9 - IGNORADO

☐ HBsAg

☐ Anti HBc (TOTAL)

☐ Anti-HCV

45 DATA DA COLETA DA SOROLOGIA

46 RESULTADOS SOROLÓGICOS / VIROLÓGICOS

1 - REAGENTE/POSITIVO

2 - NÃO REAGENTE / NEGATIVO

3 - INCONCLUSIVO

4 - NÃO REALIZADO

☐ Anti-HAV - IgM

☐ HBsAg

☐ Anti-HBc IgM

☐ Anti -HBc (Total)

☐ Anti-HBs

☐ HBeAg

☐ Anti-HBe

☐ Anti -HDV Total

☐ Anti -HDV - IgM

☐ Anti -HEV - IgM

☐ Anti-HCV

☐ HCV-RNA

47 GENÓTIPO PARA HCV

1 - GENÓTIPO 1

2 - GENÓTIPO 2

3 - GENÓTIPO 3

4 - GENÓTIPO 4

5 - GENÓTIPO 5

6 - GENÓTIPO 6

7 - NÃO SE APLICA

9 - IGNORADO

☐

CONCLUSÃO

48 CLASSIFICAÇÃO FINAL

1 - CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL

2 - CONFIRMAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

3 - DESCARTADO

4 - CICATRIZ SOROLÓGICA

8 - INCONCLUSIVO

49 FORMA CLÍNICA

1 - HEPATITE AGUDA

2 - HEPATITE CRÔNICA/PORTADOR ASSINTOMÁTICO

3 - HEPATITE FULMINANTE

4 - INCONCLUSIVO

50 CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

01 - VÍRUS A

02 - VÍRUS B

03 - VÍRUS C

04 - VÍRUS B E D

05 - VÍRUS E

06 - VÍRUS B E C

07 - VÍRUS A E B

08 - VÍRUS A E C

09 - NÃO SE APLICA

99 - IGNORADO

51 PROVÁVEL FONTE / MECANISMO DE INFECÇÃO

01 - SEXUAL

02 - TRANSFUSIONAL

03 - USO DE DROGAS

04 - VERTICAL

05 - ACIDENTE DE TRABALHO

06 - HEMODIÁLISE

07 - DOMICILIAR

08 - TRATAMENTO CIRÚRGICO

09 - TRATAMENTO DENTÁRIO

10 - PESSOA / PESSOA

11 - ALIMENTO/ÁGUA CONTAMINADA

12 - OUTROS:

99 - IGNORADO

52 DATA DO ENCERRAMENTO

OBSERVAÇÕES:

INVESTIGADOR

MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE

NOME

FUNÇÃO

ASSINATURA

FO1209-11/15 - FORMATO A4(210x297mm)

FORMULÁRIO ELABORADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE ADAPTADO PARA USO INTERNO - R:0446/0845
HEPA_NET 15/12/2006 MR COREL
Hepatites Virais - Sinan NET - SVS 29/09/2006