



COMUNICADO

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS

Prezados(as),

O Ministério da Saúde, para maior controle de epidemias, estabelece que os profissionais de saúde comuniquem obrigatoriamente os casos confirmados de algumas doenças e agravos, sendo o HIV/AIDS um deles, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação é fundamental para o melhor entendimento e enfrentamento da epidemia, além de ser de caráter obrigatório a todos os profissionais de saúde, conforme regulamentação legal. A ausência de seu registro reflete na programação orçamentária do Poder Público e compromete a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos. Desta forma, a partir de outubro de 2016, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde, responsável pelo controle de dispensação de medicamentos antirretrovirais, passou a exigir o número do SINAN para realizar a dispensação dos referidos medicamentos.

Diante disto, a Vigilância Epidemiológica do município de Campinas vem informar o fluxo de notificação do HIV/AIDS:

O profissional de saúde responsável pelo diagnóstico e acompanhamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS 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. As Visas regionais são as responsáveis pela emissão da licença de funcionamento (alvará sanitário) dos consultórios de sua área de abrangência.

FLUXO:

1) Preencher a ficha de investigação epidemiológica de HIV/AIDS (ANEXO I).

A referida ficha encontra-se disponível no portal da Secretaria de Saúde de Campinas, no formato para digitação eletrônica.

Caminho: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

Barra lateral esquerda: ⇒ Vigilância em Saúde⇒Epidemiológica

↳ Fichas de notificação e Impressos

↳ AIDS adulto ou AIDS criança

↳ Gestante HIV

2) Para cada paciente deverá ser preenchida uma ficha, que deverá ser encaminhada por e-mail à Vigilância em Saúde (VISA) de referência do consultório/clinica/hospital. **Colocar no assunto do e-mail “NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS”.**

VISA Norte

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

Telefone: (19) 3242-5870

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

VISA Sul

Endereço: Rua Pastor Cícero Canuto de Lima, 401 - Parque Itália - CEP 13036-210

Telefone: (19) 3272-4604 / (19) 3272-4388 / (19) 3273-5999

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: visaleste.ve@gmail.com

VISA Sudoeste

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

Telefone: (19) 3227-6613

E-mail: visasudoeste@gmail.com

VISA Noroeste

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

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

E-mail: saude.visanoroeste@gmail.com

3) Após o recebimento da ficha de investigação, a VISA retornará o contato em até 03 dias úteis para informar o número da notificação (número do SINAN). 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 encaminhará um e-mail ao profissional solicitando as informações faltantes. Se já houver notificação anterior, referente à esse paciente, a VISA informará este número.

4) O número da notificação deve ser fornecido pelo médico ao paciente, que levará à unidade de dispensação de medicamento antirretroviral que estiver cadastrado.

5) Caso a notificação seja de HIV, quando o paciente tiver critério epidemiológico posterior para AIDS, deverá ser realizada nova notificação utilizando-se o mesmo modelo de ficha de investigação e o mesmo fluxo.

ANEXO I

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual										
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação									
	AIDS		B 24											
Dados de Residência	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	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	SEXO M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	13	Raça/Cor 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 a 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,...)		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 - Ignorado	30			País (se residente fora do Brasil)					
	Dados Complementares do Caso													
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação												
	Provável modo de transmissão													
	32	Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado			33	Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado								
	34	Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia		Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses								
	Informações sobre transfusão/acidente													
35	Data da transfusão/acidente		36	UF	37	Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)						
38	Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente						Código							
39	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?							1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica						
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado													
	Data da coleta			Data da coleta			Data da coleta							
Teste de triagem			Teste confirmatório			Teste rápido 1			Teste rápido 2			Teste rápido 3		

Critérios de definição de casos de aids

41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*
<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	
<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<i>*Excluída a tuberculose como causa</i>

42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva
<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase
<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³

43 Critério óbito -
 Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Trat.	44 UF <input type="text"/>	45 Município onde se realiza o tratamento <input type="text"/>	Código (IBGE) <input type="text"/>	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento <input type="text"/>	Código <input type="text"/>
--------------	----------------------------	--	------------------------------------	---	-----------------------------

Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="text"/>	48 Data do Óbito <input type="text"/>
-----------------	---	---------------------------------------

Investigador	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>
	Assinatura <input type="text"/>	