



SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO - AIDS
(PACIENTES MENORES QUE 13 ANOS)

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: <input type="checkbox"/> 1 - INDIVIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> 2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA: AIDS (PACIENTES MENORES QUE 13 ANOS)	
	CÓDIGO (CID10): B 24	
	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO: <input type="text"/>	
4 UF: SP	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO: CAMPINAS	
6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA): <input type="text"/>		7 DATA DO DIAGNÓSTICO: <input type="text"/>

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE: <input type="text"/>		9 DATA DE NASCIMENTO: <input type="text"/>	
	10 (ou) IDADE: 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANO <input type="checkbox"/>	11 SEXO: M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO <input type="checkbox"/>	12 GESTANTE: 1 - 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 2 - 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA <input type="checkbox"/> 5 - NÃO <input type="checkbox"/> 6 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	13 RAÇA / COR: 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
	14 ESCOLARIDADE: 0 - ANALFABETO <input type="checkbox"/> 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) <input type="checkbox"/> 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) <input type="checkbox"/> 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) <input type="checkbox"/> 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) <input type="checkbox"/> 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> 10 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		15 NÚMERO DO CARTÃO SUS: <input type="text"/>	
	16 NOME DA MÃE: <input type="text"/>			

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF: <input type="text"/>	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <input type="text"/>	CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>	19 DISTRITO: <input type="text"/>
	20 BAIRRO: <input type="text"/>	21 LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...): <input type="text"/>		CÓDIGO: <input type="text"/>
	22 NÚMERO: <input type="text"/>	23 COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...): <input type="text"/>		24 GEO CAMPO 1: <input type="text"/>
	25 GEO CAMPO 2: <input type="text"/>	26 PONTO DE REFERÊNCIA: <input type="text"/>		27 CEP: <input type="text"/>
28 (DDD) TELEFONE: <input type="text"/>	29 ZONA: 1 - URBANA <input type="checkbox"/> 2 - RURAL <input type="checkbox"/> 3 - PERIURBANA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL): <input type="text"/>	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANT. EPID. DA MÃE	31 IDADE DA MÃE: <input type="text"/> ANOS	32 ESCOLARIDADE DA MÃE: 0 - ANALFABETO <input type="checkbox"/> 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF <input type="checkbox"/> 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF <input type="checkbox"/> 3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF <input type="checkbox"/> 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	33 RAÇA / COR DA MÃE: 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
	34 OCUPAÇÃO DA MÃE: <input type="text"/>		35 TIPO DE INVESTIGAÇÃO: 2 - AIDS EM MENORES DE 13 ANOS <input type="checkbox"/>

INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS

ANT. EPID. DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS	PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO				
	36 TRANSMISSÃO VERTICAL: <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO FOI TRANSMISSÃO VERTICAL <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	37 TRANSMISSÃO SEXUAL: <input type="checkbox"/> 1 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS <input type="checkbox"/> 2 - RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES <input type="checkbox"/> 3 - RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES <input type="checkbox"/> 4 - NÃO FOI TRANSMISSÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	38 TRANSMISSÃO SANGUÍNEA: <input type="checkbox"/> USO DE DROGAS INJETÁVEIS <input type="checkbox"/> TRATAMENTO / HEMOTRANSFUSÃO PARA HEMOFILIA <input type="checkbox"/>	1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO COM POSTERIOR SOROCONVERSÃO ATÉ 6 MESES <input type="checkbox"/>	
	INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFUSÃO / ACIDENTE				
	39 DATA DA TRANSFUSÃO / ACIDENTE: <input type="text"/>	40 UF: <input type="text"/>	41 MUNICÍPIO ONDE OCORREU A TRANSFUSÃO / ACIDENTE: <input type="text"/>	CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>	

ANT. EPID. (CONT.)	42 INSTITUIÇÃO ONDE OCORREU A TRANSFUSÃO / ACIDENTE: <input type="text"/>	CÓDIGO: <input type="text"/>	43 APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DO PN DST/AIDS, A TRANSFUSÃO / ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV?: <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>
---------------------------	---	------------------------------	--

44 EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV 1 - POSITIVO / REAGENTE 2 - NEGATIVO / NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
 5 - INDETERMINADO 6 - DETECTÁVEL 7 - INDETECTÁVEL 9 - IGNORADO

ANTES DOS 18 MESES DE VIDA:

APÓS OS 18 MESES DE VIDA:

<input type="checkbox"/> 1º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO	DATA DA COLETA	<input type="checkbox"/> TESTE DE TRIAGEM ANTI-HIV	DATA DA COLETA
<input type="checkbox"/> 2º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO	DATA DA COLETA	<input type="checkbox"/> TESTE CONFIRMATÓRIO ANTI-HIV	DATA DA COLETA
<input type="checkbox"/> 3º TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO	DATA DA COLETA	<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 1 <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 3	DATA DA COLETA
		<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO 2	

45 CRITÉRIO CDC ADAPTAÇÃO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

DOENÇAS, SINAIS OU SINTOMAS DE CARÁTER LEVE:

<input type="checkbox"/> AUMENTO CRÔNICO DE PARÓTIDA	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA
<input type="checkbox"/> DERMATITE PERSISTENTE	<input type="checkbox"/> INFECÇÕES PERSISTENTES OU RECORRENTES DE VAS (OTITE OU SINUSITE)
<input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA	<input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA >= 0,5 CM MAIS DE 2 SÍTIOS

DOENÇAS, SINAIS OU SINTOMAS DE CARÁTER MODERADO / GRAVE:

<input type="checkbox"/> ANEMIA POR MAIS DE 30 DIAS	<input type="checkbox"/> LINFOPENIA POR MAIS DE 30 DIAS
<input type="checkbox"/> CANDIDOSE DE ESÓFAGO	<input type="checkbox"/> LINFOMA NÃO HODGKIN E OUTROS LINFOMAS
<input type="checkbox"/> CANDIDOSE DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS OU PULMÕES	<input type="checkbox"/> LINFOMA PRIMÁRIO DE CÉREBRO
<input type="checkbox"/> CANDIDOSE ORAL RESISTENTE AO TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> MIOCARDIOPATIA
<input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRESE (QUALQUER OUTRO LOCAL QUE NÃO FÍGADO, BAÇO OU LINFONODO > 1 MÊS DE IDADE)	<input type="checkbox"/> MICOBACTERIOSE DISSEMINADA (EXCETO TUBERCULOSE E HANSENIASE)
<input type="checkbox"/> CRIPTOCOCOSE EXTRAPULMONAR	<input type="checkbox"/> MENINGITE BACTERIANA, PNEUMONIA OU SEPSE (ÚNICO EPISÓDIO)
<input type="checkbox"/> CRIPTOSPORIDIOSE COM DIARRÉIA > 1 MÊS	<input type="checkbox"/> NEFROPATIA
<input type="checkbox"/> DIARRÉIA RECORRENTE OU CRÔNICA	<input type="checkbox"/> NOCARDIOSE
<input type="checkbox"/> ENCEFALOPATIA PELO HIV	<input type="checkbox"/> PNEUMONIA LINFÓIDE INTERSTICIAL
<input type="checkbox"/> FEBRE PERSISTENTE > 1 MÊS	<input type="checkbox"/> PNEUMONIA POR <i>PNEUMOCYSTIS CARINII</i>
<input type="checkbox"/> GENGIVO-ESTOMATITE HERPÉTICA RECORRENTE (MAIS DE 2 EPISÓDIOS EM 1 ANO)	<input type="checkbox"/> SALMONELOSE (SEPSE RECORRENTE NÃO-TIFÓIDE)
<input type="checkbox"/> HEPATITE POR HIV	<input type="checkbox"/> SARCOMA DE KAPOSI
<input type="checkbox"/> HERPES SIMPLES EM BRÔNQUIOS, PULMÕES OU TRATO GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DA EMACIAÇÃO (AIDS WASTING SYNDROME)
<input type="checkbox"/> HERPES SIMPLES MUCOCUTÂNEO > 1 MÊS EM CRIANÇAS > 1 MÊS IDADE	<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE CEREBRAL EM CRIANÇAS COM MAIS DE 1 MÊS DE IDADE
<input type="checkbox"/> HERPES ZOSTER (AO MENOS 2 EPISÓDIOS DISTINTOS OU EM MAIS DE UM DERMÁTOMO)	<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE INICIADA ANTES DE 1 MÊS DE IDADE
<input type="checkbox"/> HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	<input type="checkbox"/> TROMBOCITOPENIA POR MAIS DE 30 DIAS
<input type="checkbox"/> INFECÇÕES BACTERIANAS DE REPETIÇÃO / MÚLTIPLAS (SEPSE, PNEUMONIA, MENINGITE, OSTEOARTRITES, ACESSOS EM ÓRGÃOS INTERNOS)	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE PULMONAR
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS < 1 MÊS DE IDADE	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE DISSEMINADA OU EXTRAPULMONAR
<input type="checkbox"/> ISOSPORIDIOSE INTESTINAL CRÔNICA, POR UM PERÍODO SUPERIOR A 1 MÊS	<input type="checkbox"/> VARICELA DISSEMINADA
<input type="checkbox"/> LEIOMIOSARCOMA	
<input type="checkbox"/> LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	

ACHADOS LABORATORIAIS (CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ DEFINIDORA DE IMUNODEFICIÊNCIA DE ACORDO COM A IDADE):

<input type="checkbox"/> < 1.500 CÉLULAS POR MM ³ (< 25%)	<input type="checkbox"/> < 500 CÉLULAS POR MM ³ (< 25%)
<input type="checkbox"/> < 1.000 CÉLULAS POR MM ³ (< 25%)	

46 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

47 UF:	48 MUNICÍPIO ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO:	CÓDIGO (IBGE):	49 UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO:	CÓDIGO:
---------------	---	-----------------------	--	----------------

50 EVOLUÇÃO DO CASO:	<input type="checkbox"/>	51 DATA DA NOTIFICAÇÃO:
1 - VIVO 2 - ÓBITO POR AIDS 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 4 - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO MUNICÍPIO 9 - IGNORADO		

NOME	FUNÇÃO
ASSINATURA:	