



SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - GESTANTE HIV +

Nº

Definição de caso:

Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br)

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1 - COLETIVA <input checked="" type="checkbox"/> 2 - INDIVIDUAL		2 AGRAVO / DOENÇA: GESTANTE HIV		CÓDIGO (CID10): Z 21	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO: <input type="text"/>
	4 UF: SP	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO: CAMPINAS			CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>	
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA): <input type="text"/>			CÓDIGO: <input type="text"/>	7 DATA DO DIAGNÓSTICO: <input type="text"/>	
	8 NOME DO PACIENTE: <input type="text"/>					9 DATA DE NASCIMENTO: <input type="text"/>

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	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: <input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> F - FEMININO	12 GESTANTE: 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13 RAÇA / COR: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>					
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS: <input type="text"/>			16 NOME DA MÃE: <input type="text"/>		
	17 UF: <input type="text"/>		18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <input type="text"/>		CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>	19 DISTRITO: <input type="text"/>

DADOS DE RESIDÊNCIA	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 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL): <input type="text"/>

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTE EPID. MÃE / HIV	31 OCUPAÇÃO: <input type="text"/>		32 EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV: 1 - ANTES DO PRÉ-NATAL 2 - DURANTE O PRÉ-NATAL 3 - DURANTE O PARTO 4 - APÓS O PARTO <input type="checkbox"/>	
-----------------------------	-----------------------------------	--	--	--

PRÉ-NATAL

DADOS PRÉ-NATAL	33 FEZ / FAZ PRÉ-NATAL: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		34 UF: <input type="text"/>	35 MUNICÍPIO DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: <input type="text"/>		CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>
	36 UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: <input type="text"/>					CÓDIGO: <input type="text"/>
	37 Nº DA GESTANTE NO SISPRENATAL: <input type="text"/>		38 USO DE ANTI-RETROVIRAIS PARA PROFILAXIA: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		39 DATA DO INÍCIO DO USO DE ANTI-RETROVIRAL PARA PROFILAXIA: <input type="text"/>	

PARTO

DADOS PARTO	40 UF: <input type="text"/>		41 MUNICÍPIO DO LOCAL DO PARTO: <input type="text"/>		CÓDIGO (IBGE): <input type="text"/>
	42 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO: <input type="text"/>				CÓDIGO: <input type="text"/>
	43 DATA DO PARTO: <input type="text"/>		44 TIPO DE PARTO: 1 - VAGINAL 2 - CESÁREA ELETIVA 3 - CESÁREA DE URGÊNCIA 4 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		
	45 FEZ USO DE PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL DURANTE O PARTO: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		46 EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ: 1 - NASCIDO VIVO 2 - NATIMORTO 3 - ABORTO 4 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		
	47 INÍCIO DA PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL NA CRIANÇA (HORAS): 1 - NAS PRIMEIRAS 24 HS DO NASCIMENTO 2 - APÓS 24 HS DO NASCIMENTO 3 - NÃO SE APLICA 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE: <input type="text"/>			CÓD. DA UNID. DE SAÚDE: <input type="text"/>	
	NOME: <input type="text"/>		FUNÇÃO: <input type="text"/>		ASSINATURA: <input type="text"/>