

Dicionário de dados – Ficha de Notificação/Investigação

DICIONÁRIO DE DADOS DOENÇA/AGRAVO: DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

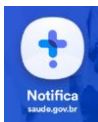
Nome do campo	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características	Nome do campo na base de dados
Dados de Notificação						
Número da Notificação	Numérico		Formato AAUF00NNNNNN, para as notificações antigas, onde AA é o ano com dois dígitos, UF é o código IBGE do estado onde a notificação é feita e NNNNNN é um número sequencial; Após alterações ocorridas a partir de 23/04/2020 passa a ser UFAA00NNNNNN	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema.		NU_NOTIFIC
Estado da Notificação	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.		SG_UF_NOT
Município da Notificação	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do CNES selecionado pelo operador logado.		ID_MUNICIP
Tem CPF?		Sim Não		Se selecionado “Sim”, habilitar o campo “CPF” para preenchimento. Se não, habilitar os campos “Estrangeiro” (Sim /Não), “CNS” e Nome Completo da Mãe para preenchimento.	Campo de preenchimento obrigatório.	ID_CPF

Estrangeiro		Sim Não	Informar se o paciente é estrangeiro	Se selecionado “Sim”, habilitar os campos “País de origem” e “País de residência” para preenchimento.	Preenchimento obrigatório, se o campo “Tem CPF” = Não	ID_ESTRANG
CPF	Numérico (11 dígitos)		11 dígitos; XXX.XXX.XXX-XX	Quando o usuário logado possuir cadastro no GOV BR e nível de autenticação prata ou ouro, os campos nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor e endereço serão preenchidos automaticamente a partir do CPF do paciente com os dados da RFB/CNS. Para acesso ao autocomplete, o usuário deve solicitar autorização a nível acima	Preenchimento obrigatório, se campo “Tem CPF” = Sim	NUM_CPF
Ocupação (CBO)			As profissões disponíveis são referentes a tabela de família CBO2002.			ID_OCUPA_N
CNS	Numérico (15 dígitos)		Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	Campo habilitado se o campo “Tem CPF” = Não Quando já houver notificação com o mesmo CNS, inserir mensagem de alerta: “Já há notificação (nº da notificação) com este CNS”	Preenchimento obrigatório, se o campo “Tem CPF” = Não	ID_CNS_SUS
Nome Completo da pessoa	Letras e caracteres sem acentos		Informar o nome completo do paciente	Não permitir acentos e números	Campo de preenchimento obrigatório.	NM_PACIENT
Nome Social	Letras, maiúsculo e sem número, sem acentos.			Não permitir acentos		NM_SOCIAL

Nome Completo da Mãe	Letras e caracteres sem acentos.			Campo habilitado somente quando o campo CPF não for informado pelo paciente. Não permitir acentos	Campo de preenchimento obrigatório se campo CPF = "Não".	NM_MAE_PAC
Data de Nascimento	Data		Formato DD/MM/AAAA		Campo de preenchimento obrigatório.	DT_NASC
Idade (em anos)	Numérico			A idade é calculada automaticamente pelo sistema: Data de nascimento menos a data da notificação		NU_IDADE_N
País de origem	Texto codificado por terminologia externa: ISO		Informar o país de origem do paciente	Campo habilitado somente se o campo "Estrangeiro" = Sim	Preenchimento obrigatório, se campo Estrangeiro = Sim	ID_PAIS
Sexo ao nascimento		Masculino Feminino	Informar o sexo biológico do/a paciente no momento do nascimento		Campo de preenchimento obrigatório.	CS_SEXO
Raça/cor		Branca Preta Parda Amarela Indígena Ignorado	Informar a raça/cor declarada pelo paciente	Se campo preenchido com a categoria "Indígena", habilitar o campo "Etnia".	Campo de preenchimento obrigatório.	CS_RACA
Etnia	Tabela do SIASI com códigos e nomes das etnias		Informar a etnia do paciente	Campo habilitado se campo "Raça/cor" for preenchido com a categoria "Indígena"	Campo obrigatório quando campo Raça/cor for igual a Indígena	CS_INDIG
É membro de povo ou comunidade tradicional?		Sim Não	Informar se o paciente for membro de algum povo ou comunidade tradicional		Campo de preenchimento obrigatório.	COMU_TRAD

Se sim, qual?	Tabela de Povos e Comunidades Tradicionais do e-SUS Atenção Básica		Informar o povo ou a comunidade tradicional	Campo habilitado se o campo "É membro de povo ou comunidade tradicional?" for igual a Sim.	Campo obrigatório quando campo "É membro de povo ou comunidade tradicional?" for igual a Sim	COMU_QUAL
Escolaridade		Nenhuma EF incompleto EF completo (até o 9º ano) EM incompleto EM completo (até 3º ano) Superior Não se aplica Ignorado	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação	Preenchido automaticamente com a categoria 7. Não se aplica, quando idade do paciente for menor a 7 anos de idade.		CS_ESCOL_N
CEP	Numérico (8 dígitos)		8 dígitos; XX.XXX-XXX Indivíduo não sabe o CEP: preencher com 00000-000		Campo de preenchimento obrigatório.	NU_CEP
Logradouro	Alfanumérico		Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço. Estrangeiro: preencher com dados do endereço onde esteja hospedado		Campo de preenchimento obrigatório.	ID_LOGRADO
Número	Numérico		Endereço sem número: preencher com SN.		Campo de preenchimento obrigatório.	NU_NUMERO
Bairro	Alfanumérico		Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço. Estrangeiro: preencher com dados		Campo de preenchimento obrigatório.	ID_BAIRRO

			do endereço onde esteja hospedado.		
Complemento	Alfanumérico		Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço. Estrangeiro: preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.		NM_COMPLEM
Estado de Residência	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Nome do estado Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com dados do local de notificação. Estrangeiro: preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.	Campo de preenchimento obrigatório.	SG_UF
Município de Residência	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município		Código IBGE - Nome do município Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com dados do local de notificação. Estrangeiro: preencher com dados do endereço onde esteja hospedado	Campo de preenchimento obrigatório	ID_MN_RESI
Telefone de contato	Numérico		(XX) XXXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX Indivíduo não possui celular: preencher com o telefone fixo, comercial ou de recado.	Campo de preenchimento obrigatório	NU_TELEFON



			Indivíduo que não possui nenhum telefone: preencher com o telefone do notificante. Estrangeiro: preencher com o telefone de onde esteja hospedado.			
Zona		Urbana Rural Periurbana Ignorado	Zona de residência do paciente por ocasião da notificação			CS_ZONA
País de residência	Texto codificado por terminologia externa: ISO	Tabela com código e descrição de países.	País onde residia o paciente por ocasião da notificação	Habilitar se estrangeiro= Sim	Obrigatório estrangeiro= Sim	se SG_PAIS
INVESTIGAÇÃO						
Data da Notificação	Data		Formato DD/MM/AAAA	A data da notificação deve ser maior que 01/01/2020 e menor que a data atual do sistema.	Campo de preenchimento obrigatório.	DT_NOTIFIC

Ano provável do diagnóstico	Data	AAAA	Informar o ano que o paciente teve o 1º diagnóstico de Chagas. Se não houver a informação, em notificação retroativa, estimar o período e colocar um ano provável	Deve maior ou igual ao ano de nascimento e menor ou igual ano de notificação	Campo obrigatório	ANO_DIAG
Modo de suspeição		<ul style="list-style-type: none"> -Triagem para doador de órgãos/tecidos; -Receptor em transplante de órgãos/tecidos; -Banco de sangue; -Pré-Natal; -Rastreamento na APS Rastreamento/Busca ativa* -Busca ativa em registros (prontuários, etc.) -Busca ativa de familiares -Busca ativa a partir do triatomíneo na UD -Demanda espontânea - UBS; -Demanda espontânea - Hospital ou Ambulatório especializado; -Serviços de assistência em HIV/aids; -Comitê investigação de óbito; -Outros. 	Informar qual a porta de entrada do caso, onde houve a 1ª suspeita e solicitação para diagnóstico	<p>Se campo for igual a "Comitê investigação de óbito", o campo "Qual a UBS que acompanha/acompanhará o caso?" da parte de acompanhamento, <u>não deverá ser habilitado.</u></p> <p>Se Sexo ao nascer = Masculino, desabilitar a categoria Pré-Natal</p>	Campo obrigatório	MO_SUSPEIT
Modo de suspeição - outros	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.		Especificar outra forma de detecção	Campo habilitado quando campo "Modo de suspeição " for igual a "Outros"	Campo obrigatório quando campo "Modo de suspeição" for igual a "Outros"	OUTRO_SUSP
Gestante (no ano de notificação)		Não 1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre		Quando o campo "Sexo" for igual a "Masculino" ou "Idade" ≤ a 10 anos, o campo é preenchido	Campo Obrigatório quando o campo "Sexo" for igual a "Feminino"	CS_GESTANT

		Idade gestacional ignorada Não se aplica Ignorado		automaticamente com a categoria "Não se aplica".		
--	--	--	--	---	--	--

UF de Nascimento do paciente	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Informar a Unidade Federada onde ocorreu o nascimento do paciente	Campo desabilitado se Estrangeiro = Sim	Campo essencial	UF_NASC
Município de Nascimento do paciente	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município		Informar o Município onde ocorreu o nascimento do paciente	Campo desabilitado se Estrangeiro = Sim	Campo essencial	MUN_NASC
UF de Infecção (provável da fonte de infecção)	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Sigla da unidade federada onde o paciente foi provavelmente infectado.		Campo Essencial	COUFINF
Município Provável de Infecção	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município		Informar o Município onde o paciente foi provavelmente infectado.	Listar os da UF de Infecção	Campo Essencial	COMUNINF
Nº requisição GAL	Numérico (12 dígitos)		Nº da requisição no GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial, se houver		Campo Essencial	NU_GAL
Sorologia (IgG) – Ensaio Imunoenzimático (EIE) (ELISA) (IgG)		Reagente; Não reagente; Inconclusivo Não realizado; Sem informação	Resultado ELISA - IgG		Campo obrigatório	EIE_IGG

Sorologia (IgG) – IFI- Imunofluorescência (IgG)		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado Imunofluorescência Indireta - IgG		Campo obrigatório	IFI_IGG
Sorologia (IgG) – HAI- Hemaglutinação (IgG)		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado HAI - IgG		Campo obrigatório	HAI_IGG
Sorologia (IgG) – Quimioluminescência:		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado Quimioluminescência		Campo obrigatório	QUIMIO_IGG
PCR detectável?		Sim Não Não realizado	Resultado de PCR, se realizado			PCR
Outros exames positivos?		Sim Não	Resultado positivo para outros exames para Chagas			OUTRO_POSI
Outros exames positivos? Se sim, quais?	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número		Especificar quais outros exames foram realizados e deram positivo para Chagas	Campo habilitado quando campo “Outros Exames Positivos” for igual a “Sim”	Campo obrigatório quando campo “Outros Exames Positivos” for igual a “Sim”	OUTRO_QUAL
Observações	Letras e caracteres		Campo de texto para informações complementares	Permitir no máximo 300 caracteres (sem espaços)	Campo Essencial	DS_OBS
ACOMPANHAMENTO						
A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação?		Sim Não	Informar se a unidade de saúde que está acompanhando o caso é a mesma unidade de saúde que realizou a notificação do caso.		Campo Obrigatório	AC_NOT
UF da UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando campo “A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação?” for igual a “Não.”	Campo obrigatório quando campo modo de suspeição for igual a: Banco de sangue;	UF_UBS_AC

				E Campo obrigatório quando campo modo de suspeição for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento na APS; Busca ativa de familiares; Busca ativa a partir do triatomíneo na UD; Demanda espontânea - UBS; Outros.	Pré Natal; Rastreamento na APS; Busca ativa de familiares; Busca ativa a partir do triatomíneo na UD; Demanda espontânea - UBS; Outros.	
Município da UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município			Campo habilitado somente quando campo "A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação?" for igual a "Não." E Campo obrigatório quando campo modo de suspeição for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento na APS; Busca ativa de familiares; Busca ativa a partir do triatomíneo na UD; Demanda espontânea - UBS; Outros.	Campo obrigatório quando campo modo de suspeição for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento na APS; Busca ativa de familiares; Busca ativa a partir do triatomíneo na UD; Demanda espontânea - UBS; Outros.	MUN_UBS_AC
Qual a UBS que acompanha/acompanhará o caso?	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		Nome completo e código da unidade de saúde que realizou o acompanhamento do caso	Campo habilitado somente quando campo "A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação?" for igual a "Não." Caso o campo Modo de suspeição for igual a "Comitê de investigação do óbito" o campo não deve ser habilitado.	Campo obrigatório quando campo modo de suspeição for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento na APS; Busca ativa de familiares;	UBS_RES_AC

					Busca ativa a partir do triatomíneo na UD; Demanda espontânea - UBS; Outros.	
Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?		Sim Não		Caso o campo Modo de suspeição for igual a “Comitê de investigação do óbito” o campo não deve ser habilitado.	Campo obrigatório quando o campo “Modo de suspeição ” for preenchido com as categorias a seguir: Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.	HOSP_ESP
Estado Hospital/Serviço Especializado	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando o campo “Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?” for igual a “Sim”	Campo obrigatório quando o campo “Modo de suspeição ” for preenchido com as categorias a seguir: Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.	UF_HOSPESP

<p>Município Hospital/Serviço Especializado</p>	<p>Texto codificado por terminologia externa: IBGE</p> <p>Código IBGE + Nome do Município</p>			<p>Campo habilitado somente quando o campo “Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?” for igual a “Sim”</p>	<p>Campo obrigatório quando o campo “Modo de suspeição” for preenchido com as categorias a seguir:</p> <p>Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.</p>	<p>MUN_ESP</p>
<p>Qual Hospital/Serviço Especializado</p>	<p>Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)</p>		<p>Nome completo e código da unidade de saúde que realiza/ou o acompanhamento do caso</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo “Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?” for igual a “Sim”</p>	<p>Campo obrigatório quando o campo “Modo de suspeição” for preenchido com as categorias a seguir:</p> <p>Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.</p>	<p>NOME_ESP</p>

Exames complementares – Eletrocardiograma		Alterado Normal Não realizado	Resultado do eletrocardiograma			ELETROCARD
Exames complementares – RX tórax		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de torax			RX_TORAX
Exames complementares – RX cólon		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de cólon			RX_COLON
Exames complementares – RX Esôfago		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de esôfago			RX_ESOFAGO
Exames complementares – Ecocardiograma		Alterado Normal Não realizado	Resultado do ecocardiograma			ECOCARDIO
Exames complementares – Outros		Alterado Normal Não realizado	Resultado de outro exame complementar			OUTRO_EXAM
Exames complementares – Outros - descrever	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.		Descrever outro exame complementar	Campo habilitado somente quando campo “Exames complementares – Outros” for igual a “Alterado” ou “Normal”	Campo obrigatório quando campo “Exames complementares – Outros” for igual a “Alterado” ou “Normal”	EXAME_DESC
Comorbidades - HIV/aids		HIV/aids	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		HIV
Comorbidades - Hipertensão		Hipertensão	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		HIPERTEN
Comorbidades - Hepatite crônica		Hepatite crônica	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		HEPATITE
Comorbidades - Diabetes		Diabetes	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		DIABETES
Comorbidades - Cardiopatia de outra etiologia		Cardiopatia de outra etiologia	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		CARDIOPAT



			ocasião da notificação			
--	--	--	------------------------	--	--	--

Comorbidades Neoplasias/Outras condições imunossupressão		Neoplasias/Outras condições imunossupressão	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		NEOPLASIA
Comorbidades Leishmaniose		Leishmaniose	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		LEISHMANIA
Comorbidades - Outras		Outras	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		OUT_COMORB
Comorbidades - Outras, descrever	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.			Campo habilitado somente quando campo "Comorbidades - Outras" for selecionado	Campo obrigatório quando campo "Comorbidades - Outras" for selecionado	ESP_COMORB
Forma Clínica		Indeterminada Cardíaca leve/moderada Cardíaca avançada Digestiva Cardiodigestiva Em investigação	Informar a forma clínica da DC identificada no momento da notificação		Campo Obrigatório	FORMA
Ocorreu episódio de reativação (reagudização)		Sim Não	Informar se ocorreu episódio de reativação da DC no período entre diagnóstico e encerramento da notificação			REATIVACAO
Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol?		Sim Não	Se caso antigo, informar se o paciente já fez tratamento anterior com BNZ			HIST_BNZ
Prescrições atuais Tratamento específico 1ª linha: Benznidazol (BNZ)		Sim Não	Informar se há prescrição atual de tratamento específico (BNZ) no momento da notificação		Campo Obrigatório	TRAT_BNZ
Prescrições atuais Tratamento específico 1ª linha: Benznidazol (BNZ) Total de comprimidos	Numérico (4 dígitos)		preenchimento do total de comprimidos prescritos (BNZ)	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim"		BNZ_TOT_CP

Prescrições atuais Tratamento específico 1ª linha: Benznidazol (BNZ) Nº dias de TTº	Numérico (3 dígitos)		Informar o nº de dias de tratamento	Campo habilitado somente quando campo “1ª linha: Benznidazol (BNZ)” for igual a “Sim”		BNZ_DIAS
Prescrições atuais Tratamento específico 2ª linha: Nifurtimox (NFX)		Sim Não	Informar se há prescrição atual de tratamento específico (NFX) no momento da notificação			TRAT_NFX
Prescrições atuais Tratamento específico 2ª linha: Nifurtimox (NFX) Total de comprimidos	Numérico (4 dígitos)		preenchimento do total de comprimidos prescritos (NFX)	Campo habilitado somente quando campo “2ª linha: Nifurtimox (NFX)” for igual a “Sim”		NFX_TOT_CP
Prescrições atuais Tratamento específico 2ª linha: Nifurtimox (NFX) Nº dias de TTº	Numérico (3 dígitos)		Informar o nº de dias de tratamento	Campo habilitado somente quando campo “2ª linha: Nifurtimox (NFX)” for igual a “Sim”		NFX_DIAS
Apresentou reações adversas ao BNZ? Sem reações		Sem reações		Campo habilitado somente quando campo “1ª linha: Benznidazol (BNZ)” for igual a “Sim” Quando campo “Apresentou reações adversas?” for igual a “Sem reações”, os demais campos referentes a reações adversas serão desabilitados		ADVERS_BNZ
Apresentou reações adversas ao BNZ? Dermopatia leve/moderada		Dermopatia leve/moderada	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo “1ª linha: Benznidazol (BNZ)” for igual a “Sim” e quando o campo “Apresentou reações adversas?” for diferente de “Sem reações”		BNZ_LEVE
Apresentou reações adversas ao BNZ? Dermopatia grave		Dermopatia grave	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo “1ª linha: Benznidazol (BNZ)” for igual a “Sim” e quando o campo “Apresentou reações adversas?” for diferente de “Sem reações”		BNZ_GRAVE

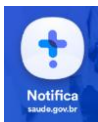
Apresentou reações adversas ao BNZ? Ageusia		Ageusia	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		BNZ_AUGESI
Apresentou reações adversas ao BNZ? Parestesias		Parestesias	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		BNZ_PAREST
Apresentou reações adversas ao BNZ? Depressão med. Óssea		Depressão medula Óssea	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		BNZ_DEPRE
Apresentou reações adversas ao BNZ? Intolerância gastrointestinal		Intolerância gastrointestinal	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		BNZ_GASTRO
Apresentou reações adversas ao BNZ? Artralgias		Artralgias	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		BNZ_ARTRAL
Apresentou reações adversas ao BNZ? Outras		Outras	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "1ª linha: Benznidazol (BNZ)" for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		REAC_BNZ

Apresentou reações adversas ao BNZ? Outras - descrever	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.			Campo habilitado somente quando campo "Apresentou reações adversas? Outras" for selecionado	Campo obrigatório quando o campo "Apresentou reações adversas? Outras" for selecionado	BNZ_OUTRAS
Apresentou reações adversas ao NFX? Sem reações		Sem reações		Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" Quando campo "Apresentou reações adversas?" for igual a "Sem reações", os demais campos referentes a reações adversas serão desabilitados		ADVERS_NFX
Apresentou reações adversas ao NFX? Dermopatia leve/moderada		Dermopatia leve/moderada	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas? " for diferente de "Sem reações"		NFX_LEVE
Apresentou reações adversas ao NFX? Dermopatia grave		Dermopatia grave	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas? " for diferente de "Sem reações"		NFX_GRAVE
Apresentou reações adversas ao NFX? Ageusia		Ageusia	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas? " for diferente de "Sem reações"		NFX_AGEUSI
Apresentou reações adversas ao NFX? Parestesias		Parestesias	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas? " for diferente de "Sem reações"		NFX_PAREST
Apresentou reações adversas ao NFX? Depressão med. Óssea		Depressão medula Óssea	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo "2ª linha: Nifurtimox (NFX) " for igual a "Sim" e quando o campo "Apresentou reações adversas? "		NFX_MEDULA

				for diferente de “Sem reações”		
Apresentou reações adversas ao NFX? Intolerância gastrointestinal		Intolerância gastrointestinal	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo “2ª linha: Nifurtimox (NFX) ” for igual a “Sim” e quando o campo “Apresentou reações adversas? ” for diferente de “Sem reações”		NFX_GASTRO
Apresentou reações adversas ao NFX? Artralgias		Artralgias	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo “2ª linha: Nifurtimox (NFX) ” for igual a “Sim” e quando o campo “Apresentou reações adversas? ” for diferente de “Sem reações”		NFX_ARTRAL
Apresentou reações adversas ao NFX? Outras		Outras	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando campo “2ª linha: Nifurtimox (NFX) ” for igual a “Sim” e quando o campo “Apresentou reações adversas? ” for diferente de “Sem reações”		REAC_NFX
Apresentou reações adversas ao NFX? Outras - descrever	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.			Campo habilitado somente quando campo “Apresentou reações adversas? Outras” for selecionado	Campo obrigatório quando o campo “Apresentou reações adversas? Outras” for selecionado	NFX_OUTRAS
Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas		Sem informação 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10	Marcar com Nº de Familiares com história epidemiológica e diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas			HIST_EPIDE

Realizada busca ativa?	Sim Não	Marcar se foi realizada busca ativa de familiares a partir do caso índice		Campo obrigatório	BUSCAATIVA
Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas:	Sem informação 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10	Preencher o total de familiares identificados pelo paciente na ocasião da notificação do caso SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas. Considera-se família: pessoas ligadas por laços de consanguinidade ou família (conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar) no mesmo contexto epidemiológico	Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".	Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".	DIAG_FAMIL
Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa	Sem informação 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10	Preencher o total de familiares registrados com realização de exames para diagnóstico da DC a partir da busca ativa	Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim" Não permite número acima do que foi selecionado no campo Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas.	Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".	EXAM_FAMIL
Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa	Sem informação 00 01 02	Preencher o total de familiares examinados e confirmados para doença de Chagas a partir da busca ativa	Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".	Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a	CONF_FAMIL

		03 04 05 06 07 08 09 10		Não permite números acima do selecionado no campo Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa Campo preenchido automaticamente com a opção "Sem Informação" campo Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa for igual a "Sem informação"	"Sim".	
Transferência de residência?		Sim Não	Informar se durante o acompanhamento o paciente mudou de estado ou município de residência			TF_RESIDEN
Novo Estado de Residência	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando o campo "Transferência de residência" for igual a "Sim" O gestor estadual e municipal do novo estado ou município passam a ter acesso para edição e encerramento, desabilitando o de residência anterior que passa só a visualizar		UF_RESI_TF
Novo Município de Residência	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município		No caso de transferência do paciente, informar qual o município de residência vigente.	Campo habilitado somente quando o campo "Transferência de residência" for" for igual a "Sim" O gestor estadual e municipal do novo estado ou município passam a ter acesso para edição e encerramento, desabilitando o de residência anterior, que passa só a visualizar		MN_RESI_TF



Mudança de UBS de acompanhamento?		Sim Não	Informar se durante a investigação o paciente mudou UBS de acompanhamento			MUD_UBS_AC
UF da nova UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		UF da nova UBS	Campo habilitado somente quando o campo " Mudança de UBS de acompanhamento " for igual a "Sim"		UF_NOV_AC
Município da nova UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município		Município da nova UBS	Campo habilitado somente quando o campo " Mudança de UBS de acompanhamento " for igual a "Sim"		MUN_NOV_AC

<p>Nova UBS de acompanhamento</p>	<p>Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)</p>		<p>Nome completo e código da unidade básica de saúde que está acompanhando o caso, após transferência.</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo “Mudança de UBS de acompanhamento” for igual a “Sim”</p> <p>Vincular aos CNES do município preenchido em “Município da nova UBS de acompanhamento do caso”</p> <p>Se preenchida nova UBS, desabilitar a edição para Autocadastro com CNES inserido em ‘Qual a UBS que acompanha/ acompanhará o caso?’, e dar acesso para edição e encerramento para o Autocadastro com novo CNES preenchido</p>		<p>NM_UBS_AC</p>
<p>Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?</p>		<p>Sim Não</p>	<p>Informar se houve alteração de atendimento do ambulatório especializado ou hospital.</p>			<p>NOVO_ESPEC</p>
<p>Estado</p>	<p>Texto codificado por terminologia externa: IBGE</p>		<p>Estado onde está a unidade de saúde de acompanhamento do caso, se houve alteração do ambulatório especializado ou hospital.</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo “Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?” for igual a “Sim”</p>		<p>ANT_UF_ESP</p>
<p>Município</p>	<p>Texto codificado por terminologia externa: IBGE Código IBGE + Nome do Município</p>		<p>Município onde está a unidade de saúde de acompanhamento do caso, se houve alteração do ambulatório especializado ou hospital.</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo “Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?” for igual a “Sim”</p>		<p>ANT_MUN</p>
<p>Nova unidade de acompanhamento</p>	<p>Códigos e nomes da tabela do cadastro</p>		<p>Nome completo e código da unidade de saúde que está acompanhando o caso, se houve alteração do ambulatório</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo “Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?” for igual a “Sim”</p>		<p>NM_ANT_AC</p>

	Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		especializado ou hospital.	Se preenchido, desabilitar a edição para Autocadastro com CNES inserido em Qual Hospital/Serviço Especializado?, e dar acesso para edição e encerramento para o Autocadastro com CNES preenchido		
ENCERRAMENTO						
Situação de encerramento		-Permanece em acompanhamento clínico -Óbito por d. Chagas -Óbito por outras causas -Abandono -Cancelado/Excluir	Informar a situação de encerramento do caso. A categoria "Cancelado" significa excluir ficha.	Quando campo "Forma clínica" estiver preenchido como "Em investigação" ou estiver em Branco, desabilitado o acesso ao encerramento		ST_ENCERRA
Data do Óbito	data	DD/MM/AAAA	Informar a data do óbito.	Campo habilitado somente quando campo "Situação de encerramento" for igual a "Óbito por Doença de Chagas" ou "Óbito por outras causas".	Campo obrigatório quando campo "Situação de encerramento" for igual a "Óbito por Doença de Chagas" ou "Óbito por outras causas".	DT_OBITO
Data do Encerramento	data	DD/MM/AAAA	Informar a data do encerramento do caso.	A data deve ser maior ou igual à data da notificação. Se encerramento for óbito por doença de Chagas ou outras causas, a data de encerramento deve ser maior ou igual a data do óbito	Campo obrigatório	DT_ENCERRA
Situação		Cancelado	Sinalizadas as notificações que foram excluídas a partir da funcionalidade Ações do sistema	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema.		SITUACAO
Digitação	data	DD/MM/AAAA	Data que a ficha foi inserida no sistema	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema.		DTCRIACAO

Campo Modo de suspeição (Categoria: Rastreamento/Busca ativa)*: Disponível no sistema em função dos dados legados.

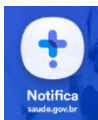
Tela Busca ativa

Informações prévias à busca ativa – Familiares (vivos) já com doença de Chagas

Nome do campo	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características
Nome familiar	Letras, maiúsculo e sem número e sem acentos.		Nome completo do familiar investigado para Chagas na busca ativa	Não permitir acentos	
Parentesco		Sogro (a) Pai Mãe Marido/Mulher Irmão (ã) Cunhado (a) Filho (a) Filho (a) recém-nascido Enteado (a) Sobrinho (a) Vô (ó) Tio (a) Primo (a)	Informar o parentesco, se mãe, filho, irmão, etc.	Não permitir acentos	

Registro de Busca ativa pós notificação

Nome do campo	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características
Nome familiar	Letras, maiúsculo e sem número e sem acentos.		Nome completo do familiar investigado para Chagas na busca ativa	Não permitir acentos	
Parentesco		Sogro (a) Pai Mãe Marido/Mulher Irmão (ã) Cunhado (a) Filho (a) Filho (a) recém-nascido Enteado (a) Sobrinho (a) Vô (ó)	Informar o parentesco, se mãe, filho, irmão, etc.	Não permitir acentos	



		Tio (a) Primo (a)			
CPF	Numérico		11 dígitos; XXX.XXX.XXX-XX		
Confirmado para Chagas		Sim Não	Informar se o familiar for confirmado para DC		
Nº Notificação se confirmado	Numérico		Informar o número de notificação se o familiar for confirmado para DC	Habilitar se "Confirmado para Chagas"= Sim	