

ANEXO IV**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE VARICELA GRAVE****Definição de Caso Grave de Varicela**

Todo caso confirmado clinicamente de varicela, ou seja, paciente com febre e lesões polimorfas (pápulas, vesículas, pústulas, crostas), que tenha sido hospitalizado e/ou evoluiu com complicações ou óbito.

Data da Notificação: ____/____/____

Data da Investigação: ____/____/____

Unidade Notificante: _____ Município: _____

I - Identificação do paciente:

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Dt de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Raça/Cor: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço de Residência: _____ Bairro: _____

Município: _____ Tel. de contato: () _____

II - Investigação devido a:() **Óbito** : data ____/____/____ Local: _____() **Internação**: Local: _____ Município: _____

Data internação: ____/____/____ Data alta: ____/____/____

() **Complicações:**Cutâneas: () Abscesso () Celulite () Erisipela () Impetigo

() Outras: _____

Respiratórias () Pneumonia primária () Pneumonia Bacteriana

() Outras: _____

Neurológicas: () Encefalite () Cerebelite () Meningite () Ataxia

() Outras: _____

Outras complicações:

() Artrite () Endocardite () Glomerulonefrite

() Septicemia () Síndrome de Reye () Hepatite

() Outras: _____

III - Recém Nascido:

Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas Peso ao nascer: _____ g

() Recém nascido de mãe com Varicela nos 05 últimos dias de gestação ou até 48 h depois do parto

() Varicela adquirida após o nascimento

() Varicela congênita – alterações em: () membros () neurológicas

() Oftalmológicas () Outras: _____

IV - Paciente Imunodeprimido devido a:

() Imunodeficiência adquirida – HIV/AIDS

() Imunodepressão por neoplasia

() Imunodepressão por quimioterapia/radioterapia

() Imunodepressão por uso de corticóides/immunossuppressores

motivo do uso: _____

() Deficiência nutricional

() Imunodepressão por doenças auto-imunes: _____

() Outras Causas: _____

V-Fatores de risco:

() Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Neoplasia

() Doença neurológica crônica () DPOC () Uso de immunossuppressores

() Outros: _____

VI- Vacinação anti-varicela anterior:

() Não () Sim - Data: ____/____/____

VII - Medidas de controle:

Imunoglobulina em contatos: Não () Sim () Se SIM, descreva qual tipo:

() Domiciliar () Creche, escola () Trabalho () Hospital

Realizada vacinação de bloqueio: () Não () Sim: onde e número de doses aplicadas: _____

Resumo do caso: _____

Nome do Investigador: _____ Função: _____

Tel de contato: () _____ Município: _____

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde**SINAN**
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso:

- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Código (CID10) Y 96	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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	
	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			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 99 - Ignorado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros			
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1- Instalações do contratante 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4- Domicílio próprio		
Dados da Empresa Contratante				
35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador		
37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município	Código (IBGE)
40 Distrito		41 Bairro		42 Endereço
43 Número	44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone	
Acidente de Trabalho Grave		Sinan Net		SVS 08/10/2009

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada			
	1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
49 Razão Social (Nome da Empresa)				

Dados do Acidente	50 Hora do Acidente		51 Horas Após o Início da Jornada		
	H (hora) M (minutos)		H (hora) M (minutos)		
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)	
	CID 10				
55 Tipo de Acidente		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos		57 Se Sim, Quantos	
1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado			

Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico?			59 Data do Atendimento		60 UF
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento		Código
	63 Partes do Corpo Atingidas			64 Diagnóstico da Lesão		65 Regime de Tratamento
01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado			CID 10		1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	

Conclusão	66 Evolução do Caso					
	1 - Cura		4- Incapacidade total permanente		7- Outro	
2 - Incapacidade temporária		5- Óbito por acidente de trabalho grave		9 - Ignorado		
3- Incapacidade parcial		6-Óbito por outras causas				
67 Se Óbito, Data do Óbito			68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT			
			1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado			

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função	Assinatura