

## Dicionário de dados – Ficha de Notificação/Investigação

### DICIONÁRIO DE DADOS DOENÇA/AGRAVO: DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

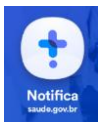
Nome do campo	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características	Nome do campo na base de dados
<b>Dados de Notificação</b>						
<b>Número da Notificação</b>	Numérico		Formato AAUF00NNNNNN, para as notificações antigas, onde AA é o ano com dois dígitos, UF é o código IBGE do estado onde a notificação é 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.		Número da Notificação
<b>Estado da Notificação</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.		Estado da Notificação
<b>Município da Notificação</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do CNES selecionado pelo operador logado.		Município da Notificação
<b>Tem CPF?</b>		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.	<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Tem CPF?

<b>Estrangeiro</b>		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	Estrangeiro
<b>CPF</b>	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.	Preenchimento obrigatório, se campo "Tem CPF" = Sim	CPF
<b>Ocupação (CBO)</b>			As profissões disponíveis são referentes a tabela de família CBO2002.			CBO
<b>CNS</b>	Numérico (14 dígitos)		Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	Campo habilitado se o campo "Tem CPF" = Não	Preenchimento obrigatório, se o campo "Tem CPF" = Não	CNS
<b>Nome Completo da pessoa</b>	Letras e caracteres sem acentos		Informar o nome completo do paciente	Não permitir acentos e números	<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Nome Completo
<b>Nome Social</b>	Letras, maiúsculo e sem número, sem acentos.			Não permitir acentos		Nome Social
<b>Nome Completo da Mãe</b>	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".	Nome Completo da Mãe
<b>Data de Nascimento</b>	Data		Formato DD/MM/AAAA		<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Data de Nascimento
<b>Idade</b>	Numérico			A idade é calculada automaticamente pelo sistema:		Idade

				Data de nascimento menos a data da notificação		
<b>País de origem</b>	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	País de origem
<b>Sexo ao nascimento</b>		Masculino Feminino	Informar o sexo biológico do paciente no nascimento		<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Sexo
<b>Raça/cor</b>		Branca Preta Parda Amarela Indígena Ignorado	Informar a raça/cor declarada pelo paciente	Se campo preenchido com a categoria "Indígena", habilitar o campo "Etnia".	<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Raça/Cor
<b>Etnia</b>	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	Etnia
<b>É membro de povo ou comunidade tradicional?</b>		Sim Não	Informar se o paciente for membro de algum de algum povo ou comunidade tradicional		<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Comunidade/Povo Tradicional?
<b>Se sim, qual?</b>	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	Comunidade/Povo Tradicional
<b>Escolaridade</b>		Nenhuma EF incompleto EF completo (até o 9º ano) EM incompleto EM completo (até 3º ano) Superior	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.		Escolaridade

		Não se aplica Ignorado				
<b>CEP</b>	Numérico (8 dígitos)		8 dígitos; XX.XXX-XXX  Indivíduo não sabe o CEP: preencher com 00000-000		<b>Campo preenchimento obrigatório.</b>	de CEP
<b>Logradouro</b>	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		<b>Campo preenchimento obrigatório.</b>	de Logradouro
<b>Número</b>	Numérico		Endereço sem número: preencher com SN.		<b>Campo preenchimento obrigatório.</b>	de Número (ou SN para Sem Número)
<b>Bairro</b>	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.		<b>Campo preenchimento obrigatório.</b>	de Bairro
<b>Complemento</b>	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.			Complemento
<b>Estado de Residência</b>	Texto		Nome do estado		<b>Campo</b>	de Estado de Residência

	codificado por terminologia externa: IBGE		Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com dados do local de notificação.  Estrangeiro: preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.		preenchimento obrigatório.	
<b>Município de Residência</b>	Texto codificado por terminologia externa: 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	Município de Residência de
<b>Telefone de contato</b>	Numérico		(XX) XXXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX  Indivíduo não possui celular: preencher com o telefone fixo, comercial ou de recado.  Indivíduo que não possui nenhum telefone: preencher com o telefone do notificante.  Estrangeiro: preencher com o telefone de onde esteja hospedado.		Campo de preenchimento obrigatório	Telefone de
<b>Zona</b>		Urbana Rural Periurbana Ignorado	Zona de residência do paciente por ocasião da notificação			zona
<b>País de residência</b>	Texto codificado por	Tabela com código e descrição de países.	País onde residia o paciente por ocasião da notificação	Habilitar se estrangeiro= Sim	Obrigatório estrangeiro= Sim	se País de Residência



	terminologia externa: ISO					
<b>INVESTIGAÇÃO</b>						
<b>Data da Notificação</b>	Data		Formato DD/MM/AAAA	A data da notificação deve ser maior que 01/01/2020 e menor que a data atual do sistema.	<b>Campo de preenchimento obrigatório.</b>	Data da Notificação

<b>Ano provável do diagnóstico</b>	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 ser menor ou igual que a data atual do sistema.	<b>Campo obrigatório</b>	Ano Provável do Diagnóstico
<b>Modo de detecção</b>		Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Banco de sangue; Pré-Natal; Rastreamento/Busca ativa; 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	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</u> deverá ser <u>habilitado</u> .	<b>Campo obrigatório</b>	Modo Detecção
<b>Modo de detecção - outros</b>	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.		Especificar outra forma de detecção	Campo habilitado quando campo "Modo de Detecção" for igual a "Outros"	<b>Campo obrigatório quando campo "Modo de Detecção" for igual a "Outros"</b>	Modo Detecção Outros
<b>Gestante</b>		Não 1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre Idade gestacional ignorada Não se aplica Ignorado		Quando o campo "Sexo" for igual a "Masculino" ou "Idade" ≤ a 10 anos, o campo é preenchido automaticamente com a categoria "Não se aplica".	<b>Campo Obrigatório quando o campo "Sexo" for igual a "Feminino"</b>	Gestante

<b>UF de Nascimento do paciente</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Informar a Unidade Federada onde ocorreu o nascimento do paciente		<b>Campo essencial</b>	UF de Nascimento
<b>Município de Nascimento do paciente</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Informar o Município onde ocorreu o nascimento do paciente		<b>Campo essencial</b>	Município de Nascimento
<b>UF de Infecção (provável da fonte de infecção)</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Sigla da unidade federada onde o paciente foi provavelmente infectado.		<b>Campo Essencial</b>	UF de Infecção
<b>Nº requisição GAL</b>	Numérico (12 dígitos)		Nº da requisição no GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial, se houver		<b>Campo Essencial</b>	Nº requisição GAL
<b>Sorologia (IgG) – ELISA (IgG)</b>		Reagente; Não reagente; Inconclusivo Não realizado; Sem informação	Resultado ELISA - IgG		<b>Campo obrigatório</b>	Sorologia (IgG) - ELISA (IgG)
<b>Sorologia (IgG) – IFI-Imunofluorescência (IgG)</b>		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado Imunofluorescência Indireta - IgG		<b>Campo obrigatório</b>	Sorologia (IgG) IFI – Imunofluorescência (IgG)
<b>Sorologia (IgG) – HAI-Hemaglutinação (IgG)</b>		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado HAI - IgG		<b>Campo obrigatório</b>	Sorologia (IgG) HAI-Hemaglutinação (IgG)
<b>Sorologia (IgG) – Quimioluminescência:</b>		Reagente; Não reagente; Inconclusivo; Não realizado; Sem informação	Resultado Quimioluminescência		<b>Campo obrigatório</b>	Sorologia (IgG) Quimioluminescência



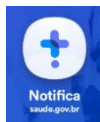
PCR detectável?		Sim Não Não realizado	Resultado de PCR, se realizado			PCR detectável?
Outros exames positivos?		Sim Não	Resultado positivo para outros exames para Chagas			Outros exames positivos?
Outros exames positivos? Se sim, quais?	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número ou acentos		Especificar quais outros exames foram realizados e deram positivo para Chagas	Campo habilitado quando campo "Outros Exames Positivos" for igual a "Sim"	<b>Campo obrigatório quando campo "Outros Exames Positivos" for igual a "Sim"</b>	Outros exames positivos? Se sim, quais?
<b>ACOMPANHAMENTO</b>						
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.		<b>Campo Obrigatório</b>	Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação?
UF da UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando campo "Qual UBS que acompanha/acompanhará o caso?" for igual a "NÃO"	Campo obrigatório quando campo modo de detecção for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento/Busca ativa; Demanda espontânea - UBS; Outros.	Estado da UBS que acompanha/acompanhará o caso?
Município da UBS de acompanhamento do caso	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando campo "Qual UBS que acompanha/acompanhará o caso?" for igual a "NÃO"	Campo obrigatório quando campo modo de detecção for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento/Busca ativa; Demanda espontânea - UBS;	Município da UBS de acompanhamento do caso*

				Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento/ Busca ativa; Demanda espontânea - UBS; Outros.	Outros.	
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 (ou outra fonte notificadora) 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 Detecção for igual a "Comitê de investigação do óbito" o campo não deve ser habilitado.	Campo obrigatório quando campo modo de detecção for igual a: Banco de sangue; Pré Natal; Rastreamento/Busca ativa; Demanda espontânea - UBS; Outros.	Qual a UBS de residência que acompanha/acompanhará o caso?
Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?		Sim Não		Campo <b>habilitado</b> somente quando campo "A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação?" for igual a "Não." Caso o campo Modo de Detecção for igual a "Comitê de investigação do óbito" o campo não deve ser habilitado.	<b>Campo obrigatório</b> quando o campo "Modo de detecção" 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.	Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?
Estado Hospital/Serviço Especializado	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando o campo "Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?" for igual a "Sim"	<b>Campo obrigatório</b> quando o campo "Modo de detecção" for preenchido com as categorias a seguir: Triagem para doador de	Estado Hospital/Serviço Especializado

					<p>órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.</p>	
<b>Município Hospital/Serviço Especializado</b>	<p>Texto codificado por terminologia externa: IBGE</p>			<p>Campo habilitado somente quando o campo "Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?" for igual a "Sim"</p>	<p><b>Campo obrigatório</b> quando o campo "Modo de detecção" 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.</p>	<p>Município Hospital/Serviço Especializado</p>
<b>Qual Hospital/Serviço Especializado</b>	<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 "Também está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado?" for igual a "Sim"</p>	<p><b>Campo obrigatório</b> quando o campo "Modo de detecção" for preenchido com as categorias a seguir:  Triagem para doador de órgãos/tecidos; Receptor em transplante de órgãos/tecidos; Demanda espontânea: Hospital ou Serviço</p>	<p>Qual Hospital/Serviço Especializado</p>



					especializado; Serviços de assistência em HIV/aids.	
--	--	--	--	--	---	--



<b>Exames complementares – Eletrocardiograma</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado do eletrocardiograma			EXAMES COMPLEMENTARES Eletrocardiograma
<b>Exames complementares – RX tórax</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de torax			EXAMES COMPLEMENTARES RX tórax
<b>Exames complementares – RX cólon</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de cólon			EXAMES COMPLEMENTARES RX cólon
<b>Exames complementares – RX Esôfago</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado de raio-x de esôfago			EXAMES COMPLEMENTARES RX esôfago
<b>Exames complementares – Ecocardiograma</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado do ecocardiograma			EXAMES COMPLEMENTARES Ecocardiograma
<b>Exames complementares – Outros</b>		Alterado Normal Não realizado	Resultado de outro exame complementar			EXAMES COMPLEMENTARES Outros
<b>Exames complementares – Outros - descrever</b>	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”	EXAMES COMPLEMENTARES Outros - descrever
<b>Comorbidades - HIV/aids</b>		HIV/aids	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		HIV
<b>Comorbidades - Hipertensão</b>		Hipertensão	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		Hipertensao
<b>Comorbidades - Hepatite crônica</b>		Hepatite crônica	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		Hepatite
<b>Comorbidades - Diabetes</b>		Diabetes	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		Diabetes
<b>Comorbidades - Cardiopatia de outra etiologia</b>		Cardiopatia de outra etiologia	Informar se existem comorbidades associadas à DC por ocasião da notificação	É possível selecionar mais de uma categoria		Cardiopatia



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

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

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



Apresentou reações adversas ao BNZ? Depressão med. Óssea		Depressão medula Óssea	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		Apresentou reações adversas ao BNZ? Depressão med. Óssea
Apresentou reações adversas ao BNZ? Intolerância gastrointestinal		Intolerância gastrointestinal	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		Apresentou reações adversas ao BNZ? Intolerância gastrointestinal
Apresentou reações adversas ao BNZ? Artralgias		Artralgias	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		Apresentou reações adversas ao BNZ? Artralgias
Apresentou reações adversas ao BNZ? Outras		Outras	É possível selecionar mais de uma categoria para reações	Campo habilitado somente quando o campo "Apresentou reações adversas?" for diferente de "Sem reações"		Apresentou reações adversas ao BNZ? Outras
Apresentou reações adversas ao BNZ? Outras - descrever	Letras e caracteres, maiúsculo e sem número.			Campo habilitado somente quando o campo "Apresentou reações adversas? Outras" for selecionado	<b>Campo obrigatório quando o campo "Apresentou reações adversas? Outras" for selecionado</b>	Apresentou reações adversas? Outras - descrever
Nº de Familiares 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			Nº de Familiares com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas
Realizada busca ativa?		Sim Não	Marcar se foi realizada busca ativa de familiares a partir do caso índice		<b>Campo obrigatório</b>	Realizada busca ativa?

<p><b>Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas:</b></p>		<p>Sem informação 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10</p>	<p>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</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".</p>	<p><b>Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".</b></p>	<p>Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas</p>
<p><b>Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa</b></p>		<p>Sem informação 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10</p>	<p>Preencher o total de familiares registrados com realização de exames para diagnóstico da DC a partir da busca ativa</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim"  Não permite número acima do que foi selecionado no campo <b>Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas.</b>  Campo preenchido automaticamente com a opção "Sem Informação" <b>Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas</b> for igual a "Sem informação.</p>	<p><b>Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".</b></p>	<p>Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa</p>
<p><b>Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa</b></p>		<p>Sem informação 00 01 02 03 04 05 06</p>	<p>Preencher o total de familiares examinados e confirmados para doença de Chagas a partir da busca ativa</p>	<p>Campo habilitado somente quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".  Não permite números acima do selecionado no campo <b>Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas,</b></p>	<p><b>Campo obrigatório quando o campo "Realizada busca ativa?" for igual a "Sim".</b></p>	<p>Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa</p>

		07 08 09 10		<b>após busca ativa</b>  Campo preenchido automaticamente com a opção "Sem Informação" campo <b>Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa</b> for igual a "Sem informação"		
<b>Transferência?</b>		Sim Não	Informar se durante o acompanhamento o paciente mudou de município de residência ou transferido de hospital/serviço especializado	Informar se durante o acompanhamento o paciente mudou de município de residência ou transferido de hospital/serviço especializado		Transferência
<b>Estado de Residência</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE			Campo habilitado somente quando o campo "Transferência" for igual a "Sim"		Estado de Residência
<b>Município de Residência</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		No caso de transferência do paciente, informar qual o município de residência vigente.	Campo habilitado somente quando o campo "Transferência" for igual a "Sim"		Município de Residência
<b>UBS de acompanhamento</b>	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		Nome completo e código da unidade básica de saúde que está acompanhando o caso, após transferência.	Campo habilitado somente quando o campo "Transferência" for igual a "Sim"		UBS de acompanhamento
<b>Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?</b>		Sim Não	Informar se houve alteração de atendimento do ambulatório especializado ou hospital.			Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?

<b>Estado</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Estado onde está a unidade de saúde de acompanhamento do caso, se houve alteração do ambulatório especializado ou hospital.	Campo habilitado somente quando o campo "Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?" for igual a "Sim"		Estado
<b>Município</b>	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Município onde está a unidade de saúde de acompanhamento do caso, se houve alteração do ambulatório especializado ou hospital.	Campo habilitado somente quando o campo "Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?" for igual a "Sim"		Município
<b>Nova unidade de acompanhamento</b>	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		Nome completo e código da unidade de saúde que está acompanhando o caso, se houve alteração do ambulatório especializado ou hospital.	Campo habilitado somente quando o campo "Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital?" for igual a "Sim"		Nova unidade de acompanhamento
<b>Situação de encerramento</b>		-Permanece em acompanhamento clínico -Óbito por d. Chagas -Óbito por outras causas -Abandono -Em aberto -Cancelado/Excluir	Informar a situação de encerramento do caso.  A categoria "Cancelado" significa excluir ficha.	Quando campo "Forma clínica" estiver preenchido como "Em investigação", desabilitado o acesso ao encerramento		Situação de encerramento
<b>Data do Óbito</b>	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".	<b>Campo obrigatório</b> quando campo "Situação de encerramento" for igual a "Óbito por Doença de Chagas" ou "Óbito por outras causas".	Data de Óbito
<b>Data do Encerramento</b>	data	DD/MM/AAAA	Informar a data do encerramento do caso.	A data deve ser maior ou igual à data da notificação	<b>Campo obrigatório</b> quando campo "Situação de encerramento" for igual a: Permanece em	Data do Encerramento

					acompanhamento clínico Óbito por d. Chagas Óbito por outras causas Abandono Cancelado/Excluir	
--	--	--	--	--	---	--

### Tela Busca ativa (não é exportada no CSV)

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	
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	