

## Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso confirmado de doença de Chagas crônica

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS

Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN.

**Campo interno** gerado automaticamente pelo sistema: **Número da notificação.**

**Campos internos gerados automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado:**

**Estado de notificação**

**Município de notificação** (a partir do CNES selecionado pelo operador logado)

**Notificante Nome Completo** (Referência ao Operador)

**CNES de Notificação** (caso o operador possua mais de um CNES cadastrado, é possível selecionar aquele correspondente à notificação)

**Notificante CPF**

**Notificante e-mail**

**Notificante CNPJ**

**Nota:** Ressalta-se que o município e o estado de notificação que constarão na base de dados do sistema serão os mesmos do CNES selecionado no momento da notificação. Caso o usuário notificador não esteja vinculado a nenhum CNES, os dados relacionados ao município e estado de notificação serão os mesmos informados nos dados cadastrais do usuário notificador.

## IDENTIFICAÇÃO

- **Tem CPF?** Informar se o paciente tem CPF (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

Se selecionado “Sim”, preencher campo “CPF”. Se não, preencher os campos “Estrangeiro” (Sim /Não), “CNS” e Nome Completo da Mãe.

- **Estrangeiro:** Informar se o paciente é estrangeiro (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se “tem CPF?” igual a Não. Se selecionado “Sim”, preencher o campo “País de origem” e “País de residência”.

- **CPF:** Anotar o CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se “tem CPF?” (Sim).

**OBS:** 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. Dados de endereço são passíveis de edição. Para acesso ao *autocomplete*, o usuário deve solicitar autorização a nível acima.

- **Ocupação (CBO):** Informar o Código Brasileiro de Ocupações (CBO).

- **CNS:** Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se “tem CPF?” igual a Não.

- **Nome Completo:** preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Nome Social:** preencher com o nome social do paciente, caso ele/a possua.

- **Nome Completo da Mãe:** preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). Campo habilitado somente quando o campo CPF não for informado pelo paciente. **CAMPO HABILITADO E OBRIGATÓRIO**, se “Tem CPF?” for igual a Não.

- **Data de nascimento:** informar a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Idade (em anos):** Calculada automaticamente a partir da data de nascimento

**-País de origem:** Se estrangeiro, informar o país de origem. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se Estrangeiro = Sim.

**-Sexo ao nascer:** informar o sexo biológico do paciente na ocasião do nascimento (Masculino/Feminino). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Raça/cor:** informar a raça/cor declarada pelo paciente (Branca/Preta/Amarela/Parda/Indígena/Ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Etnia:** Informar caso a opção Indígena for selecionada no campo raça/cor. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-É membro de povo ou comunidade tradicional?** Marque sim, caso o cidadão seja membro de algum povo ou comunidade tradicional. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Se sim, qual?** Informar o povo ou a comunidade tradicional dentre as opções de povos e comunidades tradicionais listadas (agroextrativistas; caatingueiros; caiçaras; cerrado; ciganos; comunidades de fundo e fecho de pasto; extrativistas; faxinalenses; geraizeiros; marisqueiros; pantaneiros; pescadores artesanais; pomeranos; povos indígenas; povos quilombolas; quebradeiras de coco babaçu; retireiros; ribeirinhos; seringueiros; povos de terreiro / matriz africana; vazanteiros; outros; acampada; andirobeiras; apátridas; assentada; camponeses; castanheiras; catadores de mangaba; isqueiros; jangadeiros; migrantes; morroquianos; populações atingidas por barragens; população circense; refugiados; trabalhadores rurais assalariados; trabalhadores rurais temporários; varjeiros)

**-E escolaridade:** Preencher com a 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. Quando "Idade" < a 7 anos, o campo é preenchido automaticamente com a categoria "Não se aplica"

**-CEP:** informar o código de endereçamento postal do logradouro (CEP) da residência do paciente. Se não sabe o CEP, preencher com 00000-000. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Logradouro:** Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e o nome completo do logradouro da residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**OBS:** Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo, preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço.

Se estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

**-Número:** preencher com o número do logradouro da residência do paciente. Se não houver, preencher com SN. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Bairro:** Anotar o nome do bairro de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**OBS:** Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo, preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço.

Se estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

**-Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

**OBS:** Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo, preencher com a informação equivalente ao grupo populacional que pertence (situação de rua, cigano, circense, ribeirinho, do campo...)

**-Estado de residência:** Informar a unidade de federação da residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**OBS:** Caso o paciente seja morador de rua, cigano ou análogo, preencher com dados do local de notificação. Quando o paciente for estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

**-Município de residência:** Informar o município de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**OBS:** Caso o paciente seja morador de rua, cigano ou análogo, preencher com dados do local de notificação. Quando o paciente for estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

**-Telefone:** Informar telefone para contato com o paciente, preferencialmente número de celular do mesmo, caso houver. 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 OBRIGATÓRIO.**

**-Zona:** informar a zona de residência do paciente: rural/urbana/periurbana/ignorado.

**-País de residência:** País onde residia o paciente por ocasião da notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se estrangeiro= Sim.

## NOTIFICAÇÃO

**-Data da Notificação:** Anotar a data da notificação – dia/mês/ano (data de preenchimento da ficha de notificação). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Ano provável do diagnóstico:** Informar o ano que o paciente teve o 1º diagnóstico laboratorial de Chagas. Se não houver a informação, em notificação retroativa, estimar o período e colocar um ano provável. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Modo de suspeição:** Informar qual a porta de entrada do caso, onde houve a 1ª suspeita: Triagem para doador de órgãos-tecidos/Receptor em transplante de órgãos-tecidos/Banco de sangue/Pré-Natal/Rastreamento ou Busca ativa/Demanda espontânea – UBS/Demanda espontânea - Hospital ou Ambulatório especializado/Serviços de assistência em HIV-aids/Comitê investigação de óbito/Outros. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Gestante:** Informar se a/o paciente se encontra gestante na ocasião da notificação. Quando o campo “Sexo ao nascer” for igual a “Masculino” ou “Idade” ≤ a 10 anos, o campo é preenchido automaticamente com a categoria “Não se aplica”. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se sexo feminino.

**-UF de Nascimento:** Informar a Unidade Federada onde ocorreu o nascimento do caso notificado.

**-Município de Nascimento:** Informar o Município onde ocorreu o nascimento do caso notificado.

**-UF de Infecção:** Informar Unidade Federada onde o paciente foi provavelmente infectado por *T. cruzi* (avaliar onde houve a transmissão seja pelo contato com o vetor, consumo de alimento contaminado, transfusão de sangue, etc.).

**-Município Provável de Infecção:** Informar o Município onde o paciente foi provavelmente infectado por *T. cruzi*.

**-Nº requisição GAL:** Nº da requisição no GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial, se houver

**-Sorologia (IgG):** informar os resultados dos exames sorológicos para suspeição de IgG para Chagas: **ELISA, IFI, HAI e quimioluminescência. CAMPOS OBRIGATÓRIOS.**

**-PCR detectável:** Resultado de PCR, se realizado.

**-Outros exames positivos:** Informar se houve resultado positivo para outros exames para Chagas. Se sim, informar qual (is).

**- Observações:** Campo de texto para informações complementares

## ACOMPANHAMENTO

Para acessar o bloco de acompanhamento no e-SUS, ir em visualizar notificações → ações → acompanhar notificação

**-A Unidade de Saúde de acompanhamento é a mesma de notificação:** 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.**

**-UF da UBS acompanhamento do caso:** Se a Unidade de Saúde de acompanhamento não for a mesma de notificação, informar qual o estado onde se encontra a UBS de acompanhamento. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: Banco de sangue ou Pré-Natal ou Rastreamento/Busca ativa ou Demanda espontânea – UBS ou Outros.

**-Município da UBS de acompanhamento do caso:** Se a Unidade de Saúde de acompanhamento não for a mesma de notificação, informar qual o município onde se encontra a UBS de acompanhamento. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: Banco de sangue ou Pré-Natal ou Rastreamento/ Busca ativa ou Demanda espontânea – UBS ou Outros.

**-Qual a UBS que acompanha/acompanhará o caso:** Informar qual a UBS que acompanha ou irá acompanhar o caso. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se modo de suspeição for: Banco de sangue ou Pré-Natal ou Rastreamento/ Busca ativa ou Demanda espontânea – UBS ou Outros.

**-Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado:** Se sim, serão habilitados os campos para preenchimento do **estado, município e CNES do Hospital/Serviço especializado. CAMPOS OBRIGATÓRIOS** se modo de suspeição for: 'Triagem para doador de órgãos/tecidos' ou 'Receptor em transplante de órgãos/tecidos' ou 'Demanda espontânea: Hospital ou Serviço especializado' ou 'Serviços de assistência em HIV/aids'.

**-Exames complementares:** informar o resultado (alterado, normal ou não realizado) de exames complementares: Eletrocardiograma/RX tórax/RX colon/RX esôfago/Ecocardiograma/Outros.

**-Comorbidades:** Informar se existem comorbidades já identificadas: HIV-aids/Diabetes/Hipertensão/Cardiopatias de outra etiologia/Hepatite crônica/Neoplasias-Outras condições de imunossupressão/Leishmanioses/Outras (se outras, especificar).

**-Forma Clínica:** Informar a forma clínica da doença de Chagas identificada no momento da notificação: 'Indeterminada' ou 'Cardíaca leve/moderada' ou 'Cardíaca avançada' ou 'Digestiva' ou 'Cardiodigestiva' ou 'Em investigação' (marcar essa opção caso ainda esteja aguardando avaliação dos resultados dos exames complementares). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Ocorreu episódio de reativação (reagudização):** Informar se ocorreu episódio de reativação da DC no período entre o diagnóstico e encerramento da notificação. Considera-se reativação da doença de Chagas: Indivíduo com diagnóstico prévio de fase crônica, com presença do parasito em exame direto no sangue ou secreções biológicas, associado à meningoencefalite e/ou miocardite aguda.

**-Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol:** Se caso antigo, informar se o paciente já fez tratamento anterior com BNZ.

**-Prescrições atuais - Tratamento específico 1ª linha: Benznidazol (BNZ):** Informar se há prescrição atual de tratamento específico (BNZ) no momento da notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se sim, preencher o número **total de comprimidos e dias de tratamento.**

**-Prescrições atuais - Tratamento específico 2ª linha: Nifurtimox (NFX):** Informar se há prescrição atual de tratamento específico (NFX) no momento da notificação. Se sim, preencher o número **total de comprimidos e dias de tratamento.**

**-Apresentou reações adversas ao BNZ:** caso tenha sido tratado com BNZ, informar se houve alguma reação adversa ao medicamento.

**-Apresentou reações adversas ao NFX:** caso tenha sido tratado com NFX, informar se houve alguma reação adversa ao medicamento.

**-Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas:** Marcar com Nº de Familiares com história epidemiológica e diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas. Exemplo: mãe e avó que já foram diagnosticadas em algum momento com Chagas, preencher com 02.

**-Realizada busca ativa:** Marcar se foi realizada busca ativa de familiares sem diagnóstico prévio a partir da notificação do caso. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**-Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas:** se realizada busca ativa, preencher o total de familiares identificados pelo paciente na ocasião da notificação do caso SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas e que tenham histórico epidemiológico sugestivo. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se “Realizada busca ativa?” for igual a “Sim”.

**-Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa:** Preencher o total de familiares, dentre os identificados no campo anterior, que tiveram realização de exames para diagnóstico da DC a partir da busca ativa. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se “Realizada busca ativa?” for igual a “Sim”.

**OBS:** caso a busca ativa ainda esteja em andamento, preencher com ‘sem informação’.

**-Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa:** Preencher o total de familiares, dentre os examinados (campo anterior) que foram confirmados para doença de Chagas a partir da busca ativa. **CAMPO OBRIGATÓRIO** se “Realizada busca ativa?” for igual a “Sim”.

**OBS:** caso a busca ativa ainda esteja em andamento, preencher com ‘sem informação’.

**-Transferência de residência:** Informar se durante o acompanhamento o paciente mudou de município de residência. Se sim, informar o novo estado, município de residência.

**- Mudança de UBS de acompanhamento:** Informar se durante a investigação o paciente mudou UBS de acompanhamento. Se sim, informar estado, município e nome/CNES da nova UBS.

**-Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital:** Informar se houve alteração de ambulatório especializado ou hospital de acompanhamento. Se sim, informar estado, município e nova unidade de acompanhamento.

#### **ENCERRAMENTO**

Para acessar o bloco de encerramento no e-SUS, ir em visualizar notificações → ações → encerrar notificação

**-Situação de encerramento:** Informar a situação de encerramento do caso.

**OBS.:** A categoria “Cancelado” significa excluir ficha. Se campo “Forma clínica” estiver preenchido como “Em investigação” ou estiver em branco, o menu “Encerrar notificação” será desabilitado.

**-Data do óbito:** Se óbito, informar a data de ocorrência.

**-Data de encerramento - CAMPO OBRIGATÓRIO**

## TELAS BUSCA ATIVA

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

**-Notificação caso índice:** Campo interno gerado automaticamente pelo sistema do caso crônico notificado.

**-Nome familiar:** Nome completo do familiar que já possui diagnóstico confirmado de doença de Chagas, previamente à busca ativa). Registro do histórico familiar.

**-Parentesco:** Informar o parentesco com o paciente notificado: Sogro (a); Pai; Mãe; Marido/Mulher; Irmão (ã); Cunhado (a); Filho (a); Filho (a) recém-nascido; Enteadado (a); Sobrinho (a); Vô (ó); Tio (a); Primo (a).

### 2. Registro de Busca ativa pós notificação

**-Notificação caso índice:** Campo interno gerado automaticamente pelo sistema do caso crônico notificado.

**-Nome familiar:** Nome completo do familiar investigado para Chagas na busca ativa

**-Parentesco:** Informar o parentesco com o paciente notificado: Sogro (a); Pai; Mãe; Marido/Mulher; Irmão (ã); Cunhado (a); Filho (a); Filho (a) recém-nascido; Enteadado (a); Sobrinho (a); Vô (ó); Tio (a); Primo (a).

**-CPF:** Informar o CPF do familiar

**-Confirmado para Chagas:** Informar se o familiar foi confirmado para DC

**-Nº Notificação se confirmado:** Informar o número de notificação se o familiar for confirmado para DC

**OBS.:** No caso de Filho (a) recém-nascido, ele (a) já deve ser inserido como suspeito de fase aguda no SINAN