

GP-RIM-0786/2024

Sorocaba, 02 de maio de 2024

Senhor Presidente,

Em atenção ao requerimento nº 0910/2024, de autoria da nobre vereadora Fernanda Schlic Garcia e aprovado por esse Legislativo, no qual requer informações sobre o remanejamento de vacinas da dengue para Sorocaba, informamos a Vossa Excelência, conforme esclarecimentos da Secretaria da Saúde:

1) A SES recebeu em 25/04/2024, Nota Técnica nº 47/2027 – CGIRF/DPNI/SVSA/MS, informando previsão de remessa de 44.045 doses da vacina contra Dengue para atendimento do grupo definido pelo Ministério da Saúde.

2) Sim, Sorocaba se enquadra nos critérios elencados no questionamento.

2.1) Os dados necessários são consultados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, onde são inseridos todos os casos notificados em nosso município.

3) Os dados fornecidos são os constantes em Ficha de Notificação SINAN (anexo). Não houve abertura pelo Ministério da Saúde para manifestação do nosso município de interesse na vacina de Dengue, sendo critério exclusivo do Ministério a seleção das cidades.

Sendo só para o momento, subscrevemo-nos renovando os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,

LUIZ HENRIQUE GALVÃO
Secretário de Relações Institucionais e Metropolitanas

Excelentíssimo Senhor
VEREADOR GERVINO CLÁUDIO GONÇALVES
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal
SOROCABA - SP

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Definição de Caso Suspeito de Dengue: Febre, usualmente de 2 a 7 dias, mais 2 (dois) sintomas: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.	Nº
Definição de Caso Suspeito de Zika: Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de 2 (dois) ou mais sintomas: febre OU hiperemia conjuntival sem secreção e prurido OU poliartralgia OU edema periarticular.	Nº
Definição de Caso Suspeito de Chikungunya: Febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.	Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual
	2 Agravado/doença ARBOVIROSES
	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	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 I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	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)

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
-------------	--------------------------------	--------------------

DADOS CLÍNICOS	33 SINAIS E SINTOMAS 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE <input type="checkbox"/> ARTRALGIA INTENSA <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA <input type="checkbox"/> PRURIDO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EXANTEMA - Data de início ___/___/___ <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> DOR RETROORBITAL <input type="checkbox"/> BOLHAS / VESÍCULAS <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA <input type="checkbox"/> PROSTAÇÃO
	Sinais de Alarme 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Hipotensão Postural e/ou Lipotímia <input type="checkbox"/> Vômitos Persistentes <input type="checkbox"/> Aumento Progressivo do Hematócrito <input type="checkbox"/> Data do Início dos Sinais de Alarme <input type="checkbox"/> Queda Abrupta de Plaquetas <input type="checkbox"/> Dor Abdominal Intensa e Contínua <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2 cm <input type="checkbox"/> Letargia ou Irritabilidade <input type="checkbox"/> Acúmulo de Líquidos <input type="checkbox"/> Sangramento de Mucosa / outras Hemorragias
	34 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTO-IMUNES <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR GRAVE <input type="checkbox"/> DOENÇAS HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
	VIAGEM VIAGEM OU CONTATO COM VIAJANTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL (MUNICÍPIO / PAÍS): _____

PERÍODO: DE ___/___/___ A ___/___/___	O PACIENTE NÃO SENDO MORADOR DE SOROCABA, QUAL O LOCAL DE MAIOR PERMANÊNCIA NA CIDADE? (ENDEREÇO E TELEFONE) _____ _____
---	--

Trabalho / Estudo do Paciente	NOME DA INSTITUIÇÃO / ENDEREÇO	TURNOS <input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE	TRABALHO / ESTUDOU COM FEBRE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	BAIRRO	TELEFONE	QUAIS DIAS? _____ _____

Investigador	
Nome:	Função:
Assinatura / Carimbo:	

Dados Laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data 1ª Coleta (S1)

36 Data 2ª Coleta (S2)

37 Data da Coleta

38 Resultado
 S1 S2 PRNT

- 1 - Reagente
2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

Classificação
5 - Descartado 13 - Chikungunya

Critério de Confirmação / Descarte
1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Em investigação

Apresentação Clínica
1 - Aguda 2 - Crônica

Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por Chikungunya 3 - Óbito por outras causas
4 - Óbito em Investigação 9 - Ignorado

Data do Óbito

Data do Encerramento

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta

40 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

41 Data da Coleta

42 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

Isolamento
43 Data da Coleta

44 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR
45 Data da Coleta

46 Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

47 Sorotipo
1 - DENV 1 2 - DENV 2
3 - DENV 3 4 - DENV 4

48 Histopatologia
1 - Compatível 2 - Incompatível
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

49 Imunohistoquímica
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Classificação
5 - Descartado 10 - Dengue 11 - Dengue com Sinais de Alarme
12 - Dengue Grave

Critério de Confirmação / Descarte
1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico
3 - Em Investigação

Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por Dengue 3 - Óbito por outras causas
4 - Óbito em Investigação 9 - Ignorado

Data do Óbito

Data do Encerramento

Sorologia (IgM) Zika Vírus

Data da Coleta

Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Data da Coleta

Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

Isolamento
Data da Coleta

Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

RT-PCR
Data da Coleta

Resultado
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

Classificação
5 - Descartado 14 - Zika Vírus

Critério de Confirmação / Descarte
1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico
3 - Em Investigação

Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por Zika Vírus 3 - Óbito por outras causas
4 - Óbito em Investigação 9 - Ignorado

Data do Óbito

Data do Encerramento

Hospitalização

50 Ocorreu Hospitalização?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Data da Internação

52 UF

53 Município do Hospital

Código (IBGE)

54 Nome do Hospital

Data da Alta:

55 (DDD) Telefone

Conclusão

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência?
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

57 UF

58 País

59 Município

Código (IBGE)

60 Distrito

61 Bairro

Obs. Adicionais

Blank area for additional observations.

Marcar as articulações afetadas no modelo abaixo, de acordo com o seguinte - D: dor; E: edema; Ar: derrame articular; V: vermelhidão (uma mesma articulação pode ser marcada com mais de uma letra)

