

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GT-SINAN**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

**DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET - Versão 4.0**

**PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO SURTO**

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Nº da Notificação	nu_notificacao	VARCHAR2(7)			<b>Campo Obrigatório</b>	NU_NOTIFIC
Data da Notificação	dt_notificacao	DATE	dd/mm/aaaa	Data de preenchimento da ficha de notificação.	<b>Campo Obrigatório</b>	DT_NOTIFIC
Município de Notificação	co_municipio_notificacao	VARCHAR2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipi.dbf)	Código do município onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	<b>Campo obrigatório</b> - Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa;	ID_MUNICIP

Janeiro/2010

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Agravo/Doença	co_cid	VARCHAR2(4)	Tabela de agravos do sistema com códigos (classificação internacional de doenças -CID 10) e nomes dos agravos classificados como notificação compulsória ( nacional, estadual ou municipal) e as síndromes ( febre hemorragia aguda;respiratória aguda; diarréia aguda; sanguinolenta; neurológica aguda; insuficiência renal aguda; outras síndromes.	Nome e código do agravo notificado segundo CID-10 (Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português)	- <b>Campo chave</b> ; - Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa; - Ao exportar, é retirado o ponto	ID_AGRAVO
Unidade de saúde ou outra fonte notificadora	co_unidade_notificacao	NUMBER(7,0)	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 atendimento e notificação do caso	<b>Campo obrigatório</b> - Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa;	
Número do Caso	nu_caso	NUMBER(5)			<b>Campo essencial</b>	NU_CASO
Iniciais do Caso	ds_inicial_caso	VARCHAR2(30)			<b>Campo essencial</b>	NM_LOCAL
UF Residência	co_uf_residência	NUMBER(3)			<b>Campo essencial</b>	SG_UF
Município de Residência	co_municipio_residencia	NUMBER(8)			<b>Campo essencial</b>	ID_MUNI_RE
Distrito	co_distrito_residenc	NUMBER(9)			<b>Campo essencial</b>	ID_DISTRIT

Janeiro/2010

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Residência	ia					
Bairro Residência	co_bairro_residencia	NUMBER(8)	Códigos seqüenciais da tabela de localidade	Código do bairro de residência do paciente por ocasião da notificação. Serão exibidos apenas os Bairros pertencentes ao Município selecionado no campo anterior.	<b>Campo essencial</b>	ID_BAIRRO
Nome do Bairro	no_bairro_residencia	varchar2(60)		Nome do bairro de residência	<b>Campo essencial</b> Digitação do nome ou preenchimento automático a partir do código;  Caso não exista bairro cadastrado, será gravado o nome digitado no campo Bairro (no_bairro_residência) e não será gravado nenhum código	NM_BAIRRO
Zona	tp_zona_residencia	VARCHAR2(1)	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbano 9 - Ignorado		<b>Campo essencial</b>	CS_ZONA
Sexo	tpsexo	VARCHAR2(1)	M – Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	Sexo do paciente	<b>Campo obrigatório</b>  - Se Sexo = Masculino, desabilitar o campo	CS_SEXO

Janeiro/2010

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					Gestante;	
Idade (faixa etária)	tp_idade	number(4)	<p>A composição da variável obedece o seguinte critério: 1º dígito:</p> <p>1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano</p> <p>Ex: 3009 – nove meses, 4018 – dezoito anos</p>	quando não há data de nascimento a idade deve ser digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data dos primeiros sintomas ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.	<b>Campo essencial</b>	NU_IDADE_N
Data do início dos 1º Sintomas	dt_inicio_sintoma	DATE	dd/mm/aaaa	<p>Data dos primeiros sintomas do caso de agravo agudo.</p> <p>Data do diagnóstico do caso de agravo crônico e DRTs</p> <p>Data do acidente nos acidentes da saúde do trabalhador</p>	<p><b>Campo obrigatório</b></p> <p>- Data menor ou igual (&lt;=) a Data de Notificação;</p> <p>- A partir desta data é preenchido o campo semana epidemiológica dos primeiros sintomas nos agravos agudos.</p>	<b>DT_SIN_PRI</b>
Ocorreu Hospitalização	st_ocorreu_hospitalizacao	VARCHAR2(1)	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>Campo essencial</b>	ID_HOSP
Ocorreu Óbito	st_ocorreu_obito	VARCHAR2(1)	1 - Sim		<b>Campo essencial</b>	OBITO

Janeiro/2010

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			2 - Não 9 - Ignorado			
Classificação Final	tp_classificacao_final	VARCHAR2(1)	1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Inconclusivo	Classificação final do caso	<b>Campo essencial</b>	CLASSI_FIN
Critério confirmação	tp_criterio_confirmacao	varchar2(2)	1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico - Bromatológico 5 - Inconclusivo	Critério utilizado para confirmação ou descarte do caso notificado.	<b>Campo essencial</b>	CRITERIO
Diagnóstico Final – CID10	co_cid_diagnóstico	VARCHAR2(5)			<b>Campo essencial</b> Código CID-10 e Síndromes;	DIAG_FINAL